

Alexandra Maria Pombal Lázaro

**Contribuição para o Estudo da Saúde
Oro-facial em Contexto de Reclusão**

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2012



Alexandra Maria Pombal Lázaro

**Contribuição para o Estudo da Saúde
Oro-facial em Contexto de Reclusão**

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2012

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre, no âmbito do Mestrado em Reabilitação Oral, apresentado à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP).

Orientador: Prof. Doutor João Carlos Antunes Sampaio Fernandes

Coorientador: Prof. Doutor João Carlos Gonçalves Ferreira de Pinho

Resumo

A saúde oral dos reclusos é considerada pobre e pior do que a de grupos semelhantes da população geral.

Objetivo: Avaliar a saúde oral e respectivas necessidades de reabilitação da população reclusa do Estabelecimento Prisional de Izeda (EPI).

Métodos: Entrevista relativa a hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária. Utilização do exame Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD). Exame clínico incluindo o índice de CPOD, a classificação de Eichner e a avaliação das próteses dentárias. Amostragem aleatória, com seleção de 25.0% dos indivíduos. Participaram na investigação 60 reclusos, com percentagem de resposta de 82.2%. A idade média da amostra foi de 41.53 ± 10.62 anos.

Resultados: Verificou-se que 20.0% da amostra não escovava os dentes e 50.0% escovava diariamente. Antes de serem presos 18.3% nunca utilizaram serviços de Medicina Dentária. Os que o fizeram, 67.3% foi por dor. Os motivos para não utilizarem estes serviços foram não considerar necessário (51.2%) e consultas caras (27.9%). A utilização destes serviços em EP foi de 81.7%. O principal motivo de consulta foi ter dor (38.8%) e o principal motivo para a não utilização do serviço foi a lista de espera longa (57.1%). Um indivíduo nunca utilizou serviços de Medicina Dentária. Apresentaram sintomas de distúrbio temporomandibular 96.7% dos participantes, sendo que os sintomas mais prevalentes foram as cefaleias e os estalidos. Foram enquadrados nos grupos de RDC/TMD 26.7% dos participantes. A média de CPOD da amostra foi de 15.47 ± 7.86 , verificando-se diferenças estatísticas entre indivíduos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas. O componente com maior peso foi o número de dentes perdidos, com valor médio de 11.55 ± 7.80 . Apresentavam necessidade de tratamento dentário 86.7% dos participantes, 50.0% tinham indicação de extração e 80.0% de algum tipo de tratamento protético.

Conclusão: A saúde oral dos reclusos do EPI é pobre e as necessidades de tratamento são elevadas. A passagem destes indivíduos pelo sistema prisional parece influenciar de forma positiva a sua saúde oral.

Abstract

Prisoner's oral health is considered poor and worse than similar groups in general population.

Aim: Evaluate oral health status and needs of inmate population of Izeda Prison (EPI).

Methods: Interview on oral health habits and dental services utilization. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC /DTM) applied. DMFT and Eichner index, prosthetic status by clinical examination. Selection of 25.0% participants by random sampling, 60 inmates participated in the investigation, with response rate of 82.2%. The mean sample age was 41.53 ± 10.62 .

Results: It was found that 20.0% of the sample didn't brush their teeth, 50.0% brushed daily. Before being arrested, 18.3% had never used dental services. Those who did, 67.3% were in pain. The reasons for not using these services were not considered necessary (51.2%) and to be expensive (27.9%). The prisons dental services utilization reached 81.7%. The main reason to use prisons dental services was being in pain (38.8%) and the main reason for not using the service was a long waiting list (57.1%). An inmate never used dental services. Temporomandibular symptoms were found in 96.7% of the sample. The most prevalent ones were headache and clicks. And 26.7% were diagnosed with RDC /DTM. The sample DMFT was 15.47 ± 7.86 , there were statistical differences between individuals with and without a pass of illicit substance consume. Missing teeth was the highest component with 11.55 ± 7.80 mean. Dental treatment need was found in 86.7% of the participants, 50.0% needed extraction and 80.0% some kind of prosthetic treatment.

Conclusion: EPI prisoner's oral health is poor, and treatment needs are high. The prison system seems to improve their oral health.

Conselho Científico

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Prof. Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira
Prof. Doutor Américo dos Santos Afonso
Prof. Doutor António Cabral Campos Felino
Prof. Doutor César Fernando Coelho Leal Silva
Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha
Prof. Doutora Irene Graça Azevedo Pina Vaz
Prof. Doutora Inês Alexandra Costa Morais Caldas
Prof. Doutor João Carlos Antunes Sampaio Fernandes
Prof. Doutor João Carlos Gonçalves Ferreira de Pinho
Prof. Doutor João Fernando Costa Carvalho
Prof. Doutor Jorge Manuel Carvalho Dias Lopes
Prof. Doutor José António Macedo Carvalho Capelas
Prof. Doutor José Carlos Reis Campos
Prof. Doutor José Mário Castro Rocha
Prof. Doutor Manuel José Fontes de Carvalho
Prof. Doutora Maria Cristina Pinto Coelho Mendonça de Figueiredo Pollmann
Prof. Doutora Maria Helena Guimarães Figueiral da Silva
Prof. Doutora Maria Helena Raposo Fernandes
Prof. Doutora Maria Lurdes Ferreira Lobo Pereira
Prof. Doutor Mário Augusto Pires Vaz
Prof. Doutor Mário Jorge Rebolho Fernandes Silva
Prof. Doutor Mário Ramalho Vasconcelos
Prof. Doutor Miguel Fernando Silva Gonçalves Pinto
Prof. Doutor Paulo Rui Galvão Ribeiro Melo
Prof. Doutor Ricardo Manuel Lobo Faria Almeida

Ao Ivo

Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	A saúde oral na população geral.....	1
1.1.1.	Os Distúrbios temporomandibulares – DTM	2
1.2.	Os estabelecimentos prisionais	6
1.2.1.	A saúde geral nos estabelecimentos prisionais	6
1.2.2.	As substâncias ilícitas	10
1.2.3.	A saúde oral nos estabelecimentos prisionais	12
1.3.	Sistema prisional português.....	15
1.3.1.	A população prisional portuguesa	15
1.3.2.	Prestação de cuidados de saúde à população reclusa.....	16
1.3.3.	Estabelecimento Prisional de Izeda	20
1.4.	Os estabelecimentos prisionais como vetor de saúde pública	22
1.5.	Objetivos da investigação	23
2.	Material e métodos.....	25
2.1.	Características gerais do estudo	25
2.1.1.	Tipo de estudo	25
2.1.2.	Apreciação e autorização da investigação	25
2.1.3.	Equipa examinadora	25
2.1.4.	Instrumentos de recolha de dados	25
2.1.5.	Condições do Exame	26
2.1.6.	Material de observação	26
2.1.7.	Diagnóstico radiológico.....	27
2.1.8.	Registo e tratamento de dados.....	27
2.2.	Critérios usados.....	28
2.2.1.	Distúrbios temporomandibulares - DTM	28
2.2.2.	Avaliação dentária.....	33
2.2.3.	Perda dentária.....	34
2.2.4.	Elementos protéticos	35

2.2.5.	Necessidade de tratamento das próteses dentárias presentes.....	36
2.2.6.	Necessidade objetiva de tratamento protético	36
2.3.	Amostra	37
2.3.1.	Crítérios de inclusão e exclusão	37
3.	Resultados	39
3.1.	Caracterização e representatividade da amostra	39
3.1.1.	Divisão e caracterização de grupos	42
3.2.	Situação de reclusão	44
3.3.	Consumo de substâncias psicoativas	45
3.3.1.	Hábitos tabágicos	45
3.3.2.	História de consumo de substâncias ilícitas	45
3.4.	Saúde geral.....	46
3.5.	Saúde oral.....	48
3.5.1.	Relação da amostra com a saúde oral	48
3.5.2.	Distúrbios temporomandibulares	51
3.5.3.	Avaliação dentária.....	56
3.5.4.	Elementos protéticos	58
3.6.	Necessidade de reabilitação oral	59
3.6.1.	Necessidade de intervenção dentária.....	59
3.6.2.	Necessidade de reabilitação oral com próteses dentárias	60
3.6.3.	Necessidade de intervenção nas próteses dentárias presentes	61
3.6.4.	Necessidade objetivas de próteses removíveis	62
4.	Discussão	63
4.1.	A população do EPI.....	63
4.1.1.	Representatividade da amostra	63
4.1.2.	Caracterização da população do EPI	63
4.2.	Saúde geral.....	64
4.3.	Saúde Oral	64
4.3.1.	Hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária....	65
4.3.2.	Distúrbios Temporomandibulares.....	69
4.3.3.	Avaliação dentária.....	72
4.4.	Necessidade de reabilitação oral	78

5.	Conclusões	79
6.	Bibliografia	81
7.	Anexos.....	89

Índice de figuras

Figura 1. Distribuição dos participantes por idade	39
Figura 2. Distribuição dos participantes por Nacionalidade	39
Figura 3. Distribuição dos participantes por classes socioeconómicas, Índice de Graffar	40
Figura 4. Distribuição dos participantes por estado civil	40
Figura 5. Hábitos tabágicos dos participantes	45
Figura 6. Opinião dos participantes relativamente ao seu estado de saúde geral.....	46
Figura 7. Opinião dos participantes relativamente à forma como cuidam da sua saúde geral	47
Figura 8. Opinião dos participantes relativamente ao estado da sua saúde oral.....	48
Figura 9. Opinião dos participantes relativamente à forma como cuidam da sua saúde oral	49
Figura 10. Principais motivos para a não utilização de serviços de Medicina Dentária antes da prisão.....	50
Figura 11. Principais motivos para a não utilização de serviços de Medicina Dentária nos Estabelecimentos Prisionais.....	51
Figura 12. Sintomas de Distúrbios temporomandibulares (DTM) referidos pelos participantes, por grupo sem e com história de consumo de substâncias ilícitas	53

Índice de quadros

Quadro 1. Proporção de participantes segundo a classe etária relativamente à população do Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI)	41
Quadro 2. Proporção de participantes segundo a nacionalidade relativamente à população do Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI)	42
Quadro 3. Proporção de participantes segundo o Distrito de residência relativamente à população do Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI)	42
Quadro 4. Pesquisa de diferenças estatisticamente significativas, entre grupos	43
Quadro 5. Distribuição de participantes sem e com história de consumo de substâncias ilícitas por classes etárias	43
Quadro 6. Hábitos tabágicos de participantes sem e com história de consumo de substâncias ilícitas	44
Quadro 7. Caracterização da situação de reclusão dos participantes	44
Quadro 8. Substâncias ilícitas que já foram consumidas pelos participantes	46
Quadro 9. Prevalência de patologia diagnosticada	47
Quadro 10. Medicação de toma regular prescrita por profissionais de saúde	48
Quadro 11. Utilização de serviços de Medicina Dentária pelos participantes, antes e depois de serem presos	50
Quadro 12. Número de sintomas de Distúrbios temporomandibulares (DTM), referidos pelos participantes por grupos, sem e com história de consumo de substâncias ilícitas	52
Quadro 13. Diagnóstico de grupo, segundo o <i>axis I</i> do Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD), por grupo de participantes, sem e com história de consumo de substâncias ilícitas	54
Quadro 14. Avaliação biopsicossocial segundo o <i>axis II</i> do Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD), por grupo de participantes, sem e com história de consumo de substâncias ilícitas	55
Quadro 15. Estatística descritiva de parâmetros de avaliação do estado dentário dos participantes	56
Quadro 16. Comparação do CPOD e dos seus componentes entre grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas	57
Quadro 17. Perda dentária anterior, com compromisso estético por arcada dentária ...	57
Quadro 18. Avaliação da perda dentária na amostra por classe e subclasse de articulação posterior da classificação de Eichner	58
Quadro 19. Próteses dentárias removíveis avaliadas no exame clínico, por necessidade de reabilitação de arcadas com prótese	59

Quadro 20. Necessidade de intervenção dentária na amostra	60
Quadro 21. Necessidade de reabilitação com próteses removíveis, com base no compromisso funcional versus compromisso estético	61
Quadro 22. Necessidade de intervenção nas próteses presentes.....	61
Quadro 23. Hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária por reclusos	66
Quadro 24. Hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária pelos portugueses.....	68
Quadro 25. Prevalência de sintomas de Distúrbios Temporomandibulares (DTM)	70
Quadro 26. Comparação dos resultados obtidos no presente estudo, relativamente a parâmetros de avaliação dentária, com estudos semelhantes	74
Quadro 27. Estudos relativos a parâmetros de avaliação dentária na população portuguesa	76

Lista de siglas e abreviaturas

AACD – American Academy of Craniomandibular Disorders

ATM – Articulação temporomandibular

CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção

CPOD – Índice de cariados, perdidos e obturados por dente

CRI - Centro de Respostas Integradas

DGSP – Direção-Geral dos Serviços Prisionais

DTM – Distúrbios temporomandibulares

DVO – Dimensão vertical de oclusão

EP – Estabelecimento prisional

EPESCB - Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo

EPI – Estabelecimento Prisional Central de Izeda

ETA – Estimulantes tipo anfetamina

EUA – Estados Unidos da América

FDI – Federação Dentária Internacional

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

HPSJD – Hospital Prisional de São João de Deus

IHS – International Headache Society

LSD – Dietilamida do ácido lisérgico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

QI – Quociente de inteligência

RDC/TMD – Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VHB – Vírus da hepatite B

VHC – Vírus da hepatite C

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

(VIH+) - Indivíduo seropositivo para o vírus da imunodeficiência humana

1. Introdução

1.1. A saúde oral na população geral

O termo saúde oral não se resume ao cuidado dos dentes, mas sim a todo o complexo craniofacial. Uma boa saúde oral significa não só ter dentes e gengivas saudáveis, mas também não apresentar qualquer patologia ou deficiência nos tecidos moles ou ósseos do complexo craniofacial, nem sofrer de algum tipo de dor crónica oro-facial.¹

Os indivíduos provenientes de ambientes mais desfavorecidos, como sejam indivíduos de baixos rendimentos, sem seguros de saúde, portadores de deficiências, sem-abrigo, minorias étnicas ou outros grupos de risco, têm maior dificuldade em aceder a sistemas de saúde, e por norma não utilizam serviços de saúde oral. A falta de cuidados preventivos, associada a fatores como alimentação desadequada e má nutrição, trauma facial por exposição a violência e consumos excessivos de álcool e tabaco potenciam o desenvolvimento de patologia oral.¹

A patologia oral pode manifestar-se de várias formas, sendo a mais comum a cárie dentária. Pode também manifestar-se por desgaste dos tecidos dentários, desenvolvimento de doenças periodontais, neoplasias, colonização de microrganismos, ou defeitos congénitos como fendas labiais e palatinas. No entanto, seja qual for a forma de expressão, provoca por norma, perturbação da autoestima por interferir na capacidade de interação social. O não tratamento destas patologias e a progressão das mesmas acaba por afetar as funções básicas essenciais, como a alimentação, a respiração, a deglutição, a comunicação e a interação social e familiar, podendo desencadear sintomas de *stress* ou depressão.¹

Segundo o Eurobarómetro de 2010, apesar da saúde oral dos europeus ser satisfatória, existem entre os diferentes estados membros diferenças marcadas nos níveis de saúde oral, com alguns estratos da população em maior risco. Apenas 41.0% da população europeia, considerada no estudo, apresenta todos os seus dentes naturais, e em Portugal esta percentagem desce para os 32.0%. É nas camadas mais jovens e entre as categorias socioeconómicas mais altas que esta percentagem assume maior expressão.² Entre os europeus que não têm todos os seus dentes naturais, só perto de um terço usam próteses removíveis. Destes, um terço usa a mesma prótese há pelo menos 10 anos. Em Portugal, dos que já perderam dentes naturais, 37.0% usam próteses removíveis, e 25.0% dos portugueses só consultam o dentista em caso de urgência.² Estes dados estão em consonância com os de estudos em grupos populacionais portugueses realizados nas últimas três décadas.³⁻⁸

A prestação de cuidados de saúde oral em Portugal é sobretudo uma prática privada. Apenas alguns grupos restritos, como crianças e jovens em idade escolar,⁹ grávidas acompanhadas no Sistema Nacional de Saúde (SNS), idosos beneficiários do

complemento solidário para idosos e também utentes do SNS,¹⁰ e indivíduos seropositivos (VIH+)¹¹ beneficiam destes serviços, desde de que indicados pelo médico de família. A prestação de cuidados de saúde oral a estes grupos é feita em clínicas privadas, o financiamento é feito pelo SNS através da emissão de cheques-dentista, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), existindo um montante específico para cada grupo beneficiário.¹²

Tal como acontece em Portugal, são muitos os estados que não incluem os cuidados de saúde oral nos seus sistemas de saúde pública, ou que quando o fazem abrangem apenas grupos específicos de indivíduos, ou chegam apenas a uma percentagem muito reduzida da população. Assim, a prisão é muitas vezes o único local onde o indivíduo, independentemente da sua condição social, tem acesso a cuidados de saúde e cuidados de saúde oral.¹³

1.1.1. Os Distúrbios temporomandibulares – DTM

O termo distúrbios temporomandibulares (DTM) engloba um conjunto heterogéneo de patologias que envolve todo o sistema mastigatório.¹⁴ Assim, relaciona-se com qualquer problema que envolva a função deste sistema. Os DTM são a causa mais comum de dor oro-facial crónica de origem não dentária.¹⁴

Os DTM foram inicialmente conhecidos como “síndrome de Costen”, nome do primeiro investigador que se debruçou sobre o assunto. James Costen, otorrinolaringologista, em 1934, relacionou sinais e sintomas do ouvido com alterações da mordida dos seus pacientes, sugerindo que os sintomas experimentados pelos pacientes pudessem ter origem em alterações do estado dentário.^{15,16} No entanto, só em meados da década de 40 é que os médicos dentistas se interessaram por estes distúrbios. E apenas passados quase quarenta anos se começou a identificar e a aceitar a grande complexidade inerente aos DTM.¹⁶

1.1.1.1. Prevalência dos distúrbios temporomandibulares na população geral

Os estudos epidemiológicos mostram que sinais e sintomas de DTM são muito frequentes na população.¹⁴⁻²⁷ Segundo a revisão bibliográfica de Okeson¹⁶, que incluiu publicações científicas desde 1979 até ao ano 2000, sobre a relação entre a oclusão e os sinais e sintomas de DTM, 41.0% dos participantes nos diferentes estudos referiam pelo menos um sintoma de DTM, e 56.0% apresentavam pelo menos um sinal em exame clínico. Segundo o mesmo autor, a diversidade de participantes de diferentes idades e sexo permitiu a generalização destes resultados para a população geral, estimando-se, assim, que 40.0 a 60.0% da população geral apresente algum tipo de DTM. No entanto, apesar de uma em cada quatro pessoas da população geral poder referir algum sintoma de DTM, menos de 10.0% considerará necessário procurar tratamento, sendo o grau de

dor experimentado o fator fundamental para a tomada desta decisão. Apesar dos sinais de DTM estarem presentes em todas as faixas etárias, a maior parte dos sintomas surgem em indivíduos entre os 20 e os 40 anos.¹⁶

1.1.1.2. Etiologia dos distúrbios temporomandibulares

De acordo com os estudos científicos os sinais e sintomas de DTM são frequentes. No entanto, não há uma etiologia única capaz de os explicar a todos, ou um tratamento que, por si só, possa resolvê-los. A etiologia pode ser múltipla, e o distúrbio pode não ser um problema único, mas antes um conjunto de problemas. Há muitas alterações que podem afetar a função mastigatória, e o desenvolvimento de distúrbios vai depender da estrutura afetada.¹⁶

O sistema mastigatório tem a capacidade de tolerar muitas alterações. No entanto, se estas forem significativas podem ultrapassar a capacidade de tolerância do organismo e provocar uma resposta do sistema, levando ao aparecimento de sintomas de DTM.¹⁶

As funções do sistema mastigatório dependem de um complexo sistema de controlo neuromuscular. As estruturas periféricas enviam os estímulos sensitivos ao tronco encefálico. Aqui, o “Gerador Central de Padrões” seleciona, processa e envia a informação ao córtex cerebral, controlando a atividade muscular e provocando engrenagens musculares que tornam possível a mastigação, a deglutição e a fonação. Quando surge um estímulo súbito e inesperado, são ativados os mecanismos reflexos de proteção, que diminuem a atividade muscular nessa zona. Chama-se a este processo reflexo nociceptivo.¹⁶

As modificações na função do sistema mastigatório podem ser provocadas por alterações locais e sistémicas. As locais podem ser estímulos sensitivos ou propriocetivos, como uma restauração inadequada, um traumatismo, ou estímulos dolorosos profundos e constantes. As sistémicas, por outro lado, afetam todo o organismo e o sistema nervoso central. Entre estas, a mais frequente é o *stress*, com grande influência nos DTM.¹⁶

Por outro lado, a tolerância fisiológica é a capacidade individual de lidar com estas alterações, resistindo ou não a determinadas alterações sem que se produza efeito negativo. É provável que esta tolerância seja influenciada por fatores locais e sistémicos.¹⁶

Os fatores locais, como a estabilidade ortopédica, influenciam a forma como o sistema mastigatório responde às alterações locais. A posição ortopédica mais correta permite a máxima capacidade de tolerância do sistema mastigatório face a alterações locais e sistémicas. Quando não existe estabilidade, uma alteração insignificante pode ser suficiente para alterar a função do sistema. A instabilidade ortopédica pode dever-se a alterações da oclusão ou das articulações.¹⁶

A genética, o sexo e, talvez, a dieta, parecem estar relacionados com os fatores sistémicos. Também a presença de patologias agudas ou crónicas, ou mesmo o estado físico do indivíduo, podem influenciar a resposta a alterações. Tal como os sistemas de modulação da dor, basta que não estejam em pleno funcionamento, para deixarem o sistema mais vulnerável a alterações.¹⁶

Cada estrutura do sistema é capaz de tolerar alguma perturbação. Quando esta atinge um nível crítico, o sistema depende da tolerância estrutural específica de cada componente. Superada esta tolerância, ocorre uma falha no sistema. A falha inicia-se na estrutura com tolerância mais baixa, que varia de indivíduo para indivíduo. Estas estruturas podem ser os músculos, a articulação temporomandibular (ATM), as estruturas de suporte dos dentes ou os próprios dentes.¹⁶

Identificam-se cinco fatores essenciais associados a DTM: os determinantes oclusais, os traumatismos, o *stress*, a dor aguda e os hábitos para-funcionais. A importância destes fatores e a sua atuação varia entre indivíduos, podendo funcionar como:

- fatores de predisposição, que aumentam o risco de DTM;
- fatores de desencadeamento, que desencadeiam o início de DTM;
- fatores de perpetuação, que impedem a cura e favorecem o avanço do DTM

Em alguns casos um único fator pode ter todos os efeitos, ficando o êxito do tratamento dependente da correta identificação e controlo destes fatores.¹⁶

1.1.1.2.1. O modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial considera que a entidade pessoa, como um todo, surge da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociológicos. Assim, a capacidade de adaptação de cada pessoa é condicionada por estas três dimensões. E as diferentes respostas e comportamentos, face a iguais estímulos nociceptivos, surgem por diferentes experiências psicológicas e sociológicas das pessoas.²⁸

1.1.1.3. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders

Por forma a diminuir a complexidade, e a heterogeneidade de nomenclatura relativa aos DTM, a American Academy of Craniomandibular Disorders (AACD) propôs, em 1990, um sistema taxonómico integrado no projeto de classificação da International Headache Society (IHS).¹⁵ Para cada categoria clínica de DTM foram definidos os critérios de diagnóstico, dividindo em alterações musculares, alterações internas articulares e doenças degenerativas.¹⁵ Com base nesta classificação, Dworkin e LeResche desenvolveram o sistema Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders, (RDC/TMD).¹⁵

O objetivo inicial do RDC/TMD era estabelecer critérios de pesquisa padronizados, com base no conhecimento disponível sobre patologia da ATM, por forma a maximizar a fiabilidade e a reduzir a heterogeneidade entre métodos de exame clínico. O sistema foi proposto para pesquisa clínica, mas também como instrumento de recolha de dados para estudos epidemiológicos,^{15,29} e permite ao mesmo tempo a sua própria avaliação.^{29,30}

O RDC/TMD é composto por dois *axis* de classificação. O *axis I* contempla a história e exame clínico para pesquisa de sinais e sintomas de DTM, e divide os DTM em três grupos e oito subgrupos de diagnóstico.²⁹⁻³¹ Foram incluídos apenas subgrupos passíveis de clara identificação, até porque não seria possível incluir todos os subgrupos descritos na literatura científica.²⁹ O *axis II* aborda a condição psicológica e psicossocial do paciente, por avaliação de parâmetros como: dor crónica, depressão, sintomas físicos não específicos e limitações relativas ao funcionamento mandibular.^{15,29,31}

Assim, os dois *axis* em conjunto, fazem a avaliação biopsicossocial do indivíduo permitindo avaliar o estado físico do sistema mastigatório e ao mesmo tempo relacioná-lo com o *stress* emocional vivido pelo paciente.^{14,29-32} Permitem ainda relacionar o quanto os fatores psicológicos podem afetar e interferir na aceitação ou na progressão do distúrbio durante o tratamento.^{29,30,32}

O diagnóstico de DTM é complexo, e a validade dos testes usados é muitas vezes questionada, uma vez que a subjetividade inerente a estes problemas é muito elevada. A maioria dos achados clínicos resulta de relatos subjetivos dos pacientes, ou mesmo dos clínicos.³⁰ Como tal, o conhecimento adequado dos critérios e protocolos de exame usados é fundamental.

A necessidade de avaliar a reprodutibilidade do RDC/TMD levou à fundação do International Consortium for RDC/TMD-based Research, impulsionando a investigação sobre a confiança e validade dos *axis* do RDC/TMD. Esta iniciativa internacional desencadeou um elevado número de investigações, proporcionando uma grande heterogeneidade de amostras, participantes e examinadores, elevando o potencial de generalização de resultados.^{14,33}

1.2. Os estabelecimentos prisionais

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é fundamental reconhecer os estabelecimentos prisionais (EP), como serviço público. Este serviço tem como função fazer cumprir os castigos aplicados aos indivíduos infratores das normas estabelecidas pela sociedade e, assim, estabelecer a sensação de segurança e a consciência de punição pelo incumprimento das regras.³⁴

É importante ter consciência que, quando uma sociedade priva alguém da sua liberdade, torna-se obrigatoriamente responsável pela manutenção desse indivíduo. É necessário assegurar condições de vida dignas, garantir o bem-estar dos indivíduos em reclusão, criando condições que permitam a reabilitação do indivíduo em causa e a reorientação do mesmo para a reinserção na sociedade. Como tal, os EPs devem estar preparados com espaços físicos adequados ao cumprimento das penas.³⁴

Os indivíduos, quando privados da sua liberdade, mantêm os seus direitos fundamentais. Como tal, a sociedade fica, responsável por assegurar a sua alimentação, reeducação e prestação de cuidados de saúde física e mental. Mantendo o direito, no mínimo, aos cuidados de saúde disponibilizados nos serviços públicos.³⁴

Os reclusos não devem retornar à sociedade em situação pior do que aquela em que foram presos. Como tal, o Conselho Europeu, no seu 11º relatório geral de atividades em 2001, sublinhou o dever dos estados com os reclusos, mesmo em tempo de crise económica.³⁴

1.2.1. A saúde geral nos estabelecimentos prisionais

Nas últimas duas décadas ocorreu um aumento drástico do número de pessoas que foram presas em todo mundo. Atualmente existem cerca de 10 milhões de pessoas em situação de reclusão.³⁵ Em muitas prisões, as condições de reclusão não são as melhores. Problemas como a sobrelotação, a violência, a alimentação inadequada, as atividades de risco e os espaços físicos com deficiência de luz, de ar fresco ou de água potável, são muito comuns.³⁴ Estas condições potenciam o desenvolvimento de patologias crónicas e a disseminação de doenças infecciosas. Por outro lado, a elevada prevalência de doenças mentais e de consumo de substâncias ilícitas nas populações prisionais fazem das prisões ambientes complexos, pouco saudáveis e muito tensos.^{34,36} Fenómenos como o *bullying*, a organização em clãs, a exclusão social, o afastamento e quebra de laços familiares ou mesmo o tédio são muito frequentes e contribuem para o enfraquecimento da autoestima e da saúde geral.³⁴

A população prisional é constituída por uma elevada percentagem de indivíduos pertencentes a grupos marginalizados, como toxicodependentes, indivíduos ligados à prostituição, desempregados ou pessoas com baixo nível de instrução. Nestes grupos, por norma, existe uma maior tendência a desenvolver comportamentos de risco, e a

assumir atitudes negligentes face à saúde. Estas atitudes associam-se muitas vezes não só ao descuido, mas também ao desconhecimento dos riscos associados às suas condutas. Estes grupos mais vulneráveis apresentam, por norma, elevada prevalência de doenças crónicas não tratadas, bem como de doenças infecciosas, e poucos tiveram acompanhamento médico, ou algum contacto com serviços de saúde antes de serem presos.^{34,37,38}

A maioria dos reclusos, após cumprimento da sua pena, regressará à sociedade e à sua comunidade. Assim, é do interesse de toda a sociedade que estes indivíduos regressem de boa saúde, não sendo um peso para o sistema nacional de saúde nem um veículo de transmissão de doenças infecciosas.³⁴ O intercâmbio de indivíduos com doenças infecciosas, ou com comportamentos de risco, entre prisões e comunidades, favorece a disseminação destas doenças tanto nas prisões como nas comunidades. Como tal, é fundamental a prevenção e o tratamento destes grupos de risco, com base na evidência científica e nos princípios de saúde pública.³⁴

As prisões são um reservatório de infeção e transmissão de doença para a comunidade, no entanto, devem ser encaradas como um benefício para as suas populações. Os serviços de saúde das prisões são uma oportunidade de saúde pública para triagem, educação e tratamento de grupos marginalizados, com comportamento de risco e elevada prevalência de doenças.^{35,36,39,40} Em muitos países a prisão é o veículo de contacto com milhões de pessoas que não têm acesso a cuidados de saúde. A educação destes indivíduos para a diminuição dos comportamentos de risco potencia a promoção dos níveis de saúde das comunidades aquando do retorno destes indivíduos ao seu meio social.³⁵

1.2.1.1. O envelhecimento nas populações prisionais

Os estudos têm mostrado que as populações prisionais apresentam mais distúrbios físicos e psiquiátricos do que grupos semelhantes da população geral.^{35,41} Esta disparidade é atribuída a comportamentos de risco, fatores socioeconómicos, consumo de substâncias ilícitas injetáveis, consumo elevado de álcool e tabaco.³⁵ Estes fatores aumentam não só o risco de contaminação por doenças infecciosas, mas também de desenvolvimento de doenças crónicas associadas ao envelhecimento, como doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, e doenças psiquiátricas.³⁵

Por outro lado, o ambiente prisional, tendencialmente complexo e tenso, parece induzir um envelhecimento rápido e precoce nos reclusos. Estes por norma aparentam mais 10 a 15 anos do que realmente têm, e indivíduos com 50 anos de idade ou menos podem ser considerados idosos. Este envelhecimento fisiológico reflete-se na saúde geral, e estes indivíduos apresentam frequentemente patologias típicas de classes etárias 10 anos mais velhas.^{42,43}

A idade de responsabilidade penal varia muito em todo o Mundo, mesmo entre estados Europeus⁴² onde existe algum consenso, pelo menos no que toca à observância dos princípios fundamentais e dos direitos humanos.⁴⁴ Apesar de haver alguma tendência para a uniformização e para uma aproximação da idade criminal com a maioria civil nos estados europeus, até ao ano de 2009 esta idade variava entre os 8 anos na Escócia e os 18 anos no Luxemburgo.⁴² No Reino Unido a classe etária predominante de entradas no sistema prisional era entre os 21 e os 29 anos, no entanto, nos últimos 20 anos as entradas de indivíduos com mais de 50 anos aumentou bastante, tendo duplicado entre 1992 e 2002, enquanto as entradas de indivíduos com mais de 60 anos triplicou.^{42,45}

Este envelhecimento da população prisional acarreta consequências nos níveis de saúde destas populações e nas necessidades de cuidados de saúde. A doença psiquiátrica parece ser a mais prevalente nestes grupos.^{38,42,43} Nas prisões do Reino Unido, estima-se que, entre os reclusos idosos, 85.0% apresente doença crónica, 30.0% distúrbio de personalidade e outros 30.0% depressão.⁴⁰

1.2.1.2. A saúde mental nos estabelecimentos prisionais

A OMS estima que a nível mundial os distúrbios de personalidade atinjam metade dos reclusos, e que pelo menos um milhão destes reclusos sofra de distúrbios psiquiátricos graves.³⁴ Por outro lado, sintomas de humor depressivo ou *stress* parecem ser comuns a quase todos os reclusos. À exceção dos distúrbios de personalidade antissocial, outros distúrbios psiquiátricos como doença psicótica, depressão profunda e distúrbios de personalidade parecem apresentar menor expressão no sexo masculino.^{34,46}

A presença de doenças psiquiátricas potencia o risco de crimes. Estima-se que um em cada sete reclusos tenha uma doença psiquiátrica tratável.^{35,46} O tratamento destas doenças parece diminuir a repetição de crimes. No entanto, após saída da prisão muitos não têm possibilidade de continuar o tratamento e, nestes casos, o prognóstico reserva-se ao decurso natural da doença.³⁵

Por outro lado, a presença de perturbações psiquiátricas interfere muitas vezes no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que estes indivíduos, muitas vezes recusam os cuidados de saúde que necessitam, colocando-se em sério perigo de vida. Os profissionais de saúde no sistema prisional devem sempre atuar no sentido do melhor interesse dos reclusos, o que significa, por vezes, haver necessidade de requerer a colaboração da direção dos sistemas prisionais, por forma a impor legalmente o tratamento necessário.³⁷ Em Portugal tal medida é legislada pela Lei da Saúde Mental.⁴⁷

Há também evidência de que um elevado número de reclusos apresenta dificuldades de aprendizagem, e níveis de escolaridade muito baixos. No Reino Unido, em 2007, estima-se que 60.0% dos reclusos apresentavam um quociente de inteligência (QI) igual ou inferior a 85, e que 20.0 a 30.0% apresentavam dificuldades de aprendizagem, tendo

7.0% destes um QI inferior a 70.⁴⁰ Reclusos com dificuldade de aprendizagem têm também dificuldade em compreender e adaptar-se a sistemas complexos, acabando por manifestar atitudes agressivas, ou a serem isolados pelo próprio sistema prisional por questões de segurança. No entanto, este isolamento potencia o *stress* e a ideia suicida, deixando-os também mais vulneráveis à exploração e ridicularização.⁴⁰

Por outro lado, a dificuldade em ler e escrever diminui o contacto com amigos e familiares, levando a um maior afastamento superior e a sentimentos de solidão, o que por sua vez potencia elevados níveis de depressão e ansiedade.⁴⁰ Por norma, estes reclusos, com dificuldades de aprendizagem, acabam por ser excluídos de muitos programas de reabilitação pelo seu comportamento menos cooperante e tendencialmente agressivo, perdendo benefícios de redução de penas ou de saídas precárias, e acabando por cumprir períodos mais longos em reclusão. Este grupo é também o que revela maior preocupação relativamente à sua saída da prisão em liberdade, e muitos fazem-no com a ideia de que em breve voltarão. Por norma também desenvolvem expectativas irrealistas sobre o apoio que o sistema prisional lhes poderá prestar na transição para a vida em liberdade.⁴⁰

1.2.1.3. As doenças infecciosas

Os estudos em diferentes países apresentam grande variabilidade de resultados. No entanto, todos revelam uma maior prevalência de doenças infecciosas em reclusos, comparativamente com grupos semelhantes da população geral.³⁵ A infeção por vírus de transmissão sanguínea nestas populações apresenta uma prevalência duas a dez vezes superior à da população geral.^{40,42,46}

Em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento a prevalência de VIH+ é, em muitas prisões, superior a 10.0%. Em países desenvolvidos, apesar de esta prevalência ser mais baixa, a variabilidade também é muito grande, desde 0.0% na Dinamarca a 7.5% na Itália, na última década. No entanto, suspeita-se que estas taxas sejam subestimadas.³⁵ Segundo a OMS, entre os anos de 1996 e 1998, em 25 prisões Europeias, Portugal e Espanha apresentavam as mais elevadas taxas de contaminação por VIH, respetivamente 19.7% e 12.9%.³⁴

Nos Estados Unidos da América (EUA), a infeção por vírus da hepatite B (VHB) atinge entre 1.9 a 3.7% da população reclusa, comparativamente com 0.4 a 0.5% na população geral.³⁵ A infeção por vírus da hepatite C (VHC) é considerada problema de saúde pública. Muitos estudos reportam prevalências de 30.0 a 40.0% de infeção entre reclusos, com variação de 2.0 a 58.0% entre estudos. Este valor parece estar associado ao consumo de substâncias ilícitas injetáveis e partilha de seringas infetadas.³⁵ Casos de coinfeção por VIH e VHB ou VHC, que não são raros em populações prisionais, são situações dramáticas que, sem tratamento intensivo, levam a detioração e a progressão rápida da doença.³⁷

A partilha de agulhas e seringas parece ser o fator de risco mais importante para a transmissão de doenças infecciosas nas prisões, apesar das redes sexuais serem o vetor predominante de transmissão de VIH na população geral.³⁵

1.2.2. As substâncias ilícitas

O consumo de substâncias ilícitas atinge 3.4 a 6.6% da população mundial, entre os 15 e os 64 anos. Destes, 10.0 a 13.0% são dependentes e apresentam patologia associada. A prevalência de doenças infecciosas entre consumidores de substância ilícitas injetáveis é elevada. Estima-se que 20.0% destes indivíduos sejam VIH+, 46.7% tenham VHC e 14.6% VHB, prevendo-se um aumento destas percentagens. O consumo de substâncias ilícitas é responsável pela morte de 1 em cada 100 adultos.⁴⁸

As substâncias ilícitas mais consumidas mundialmente são a cannabis, com prevalência anual entre 2.6 e 5.0%, e os estimulantes tipo anfetamina (ETA), entre 0.3 a 1.2%. De seguida os opiáceos, ópio e heroína, com consumos entre 0.6 e 0.8%, e a cocaína entre 0.3 a 0.4%.⁴⁸

1.2.2.1. As substâncias ilícitas nos estabelecimentos prisionais

De acordo com a OMS, o consumo de substâncias ilícitas nas prisões é um fenómeno comum desde a década de 70, e segue o mesmo padrão e variação regional que apresenta no exterior. No entanto, a qualidade é por norma inferior face à menor disponibilidade. A frequência de consumo durante a prisão parece diminuir, mas essa diminuição parece estar relacionada sobretudo com a maior dificuldade de aquisição de substâncias, ou ao receio de ser detetado e penalizado.³⁴

A prevalência de consumo de substâncias ilícitas entre reclusos apresenta grande variabilidade entre estudos. Esta variabilidade pode ter origem não só na metodologia de investigação, mas também na disponibilidade de substâncias nas prisões a dado momento. Também os padrões de consumo entre diferentes países em determinados momentos, e até mesmo as variações nas políticas jurídicas relativas a este tipo de crime, podem influenciar essa variabilidade.³⁹ Alguns estudos indicam que, quando as substâncias ilícitas mais comuns escasseiam, o seu consumo é frequentemente substituído por substâncias alternativas, como medicamentos psicotrópicos, independentemente dos malefícios que isso possa provocar.³⁴

Estima-se que a prevalência de consumo de substâncias ilícitas nos homens no momento de admissão na prisão ocorra entre os 10.0 a 48.0%. Os estudos longitudinais nas prisões apontam para uma descida dessa prevalência para os 3.6 aos 47.2%.³⁹ Ainda assim, estas prevalências são superiores às estimadas para a população geral.^{39,42,49}

Por outro lado, no Reino Unido os estudos indicam que entre a população dos centros de detenção juvenil, 90.0% dos jovens detidos já experimentou algum tipo de substância ilícita. Quase três quartos consumia canábis diariamente nos doze meses anteriores à detenção, e pouco mais de metade consumia duas ou mais drogas, mais do que uma vez por semana. Comparativamente com jovens da população geral, este grupo iniciou o consumo de substâncias ilícitas em idades mais baixas. Estes dados apoiam a ideia que o consumo de substâncias ilícitas potencia o risco de crime e de repetição de crimes.⁴⁰ Estes jovens consumidores proveem tendencialmente de lares já com problemas instituídos, de violência e abuso, e desenvolvem em idade precoce dificuldades de interação social e baixo rendimento escolar. Depois da violência doméstica, o consumo de substâncias ilícitas é a principal causa de abandono do lar por jovens e adolescentes.⁴⁰ O padrão de consumo de substâncias ilícitas parece ser diferente do dos adultos, restringindo-se mais ao consumo de canábis e álcool, embora o consumo de tabaco entre estes jovens seja muito elevado. Para estes adolescentes, o sistema prisional estabelece muitas vezes o primeiro contacto com profissionais de saúde.⁵⁰

Muitos dos toxicodependentes em reclusão provêm dos ambientes mais desfavorecidos da sociedade, nos quais prevalecem baixos níveis de instrução, abuso físico e sexual, dificuldades de relacionamento e distúrbios psiquiátricos. Muitos nunca tiveram acesso a serviços de saúde ou a medidas de promoção de saúde. Para estes a prisão é uma oportunidade de beneficiar a sua saúde e o seu bem-estar. Alguns aproveitam esta oportunidade e param o consumo de substâncias ilícitas, obtendo uma estabilização do estado de saúde e aumentando de peso. Outros indivíduos, porém, iniciam o consumo de drogas injetáveis na prisão,³⁴ e outros iniciam o consumo de substâncias ilícitas.⁴⁰

A partilha de agulhas e de substâncias injetáveis nas cadeias é um problema muito comum, que acarreta elevados riscos de contaminação por doenças infecciosas. Na Europa estima-se que 16.0 a 60.0% dos consumidores de drogas injetáveis no exterior, continua a fazê-lo na prisão. Apesar destes indivíduos diminuírem o consumo na prisão, quando consomem tem maior tendência a partilhar agulhas e drogas, aumentando o risco de contaminação. Enquanto no exterior estes consumidores têm acesso facilitado e anónimo a troca de agulhas e seringas por conjuntos esterilizados, o mesmo não acontece nas prisões, potenciando os comportamentos de risco.³⁴

Alguns médicos parecem acreditar que impedindo o consumo de substâncias ilícitas por algum tempo conseguem eliminar o problema da dependência, embora as evidências mostrem que este é um problema grave e difícil de resolver.³⁴ Os tratamentos de desintoxicação com uso de metadona parecem diminuir os consumos ao fim de alguns meses, no entanto para serem efetivos a dose deve ser elevada e durante toda a pena.³⁵

Após saída da prisão, as primeiras semanas de liberdade são extremamente perigosas para estes indivíduos, que muitas vezes acabam por voltar aos velhos hábitos, reiniciando o consumo de substâncias ilícitas na mesma quantidade e com a mesma qualidade a que estavam habituados antes da prisão. No entanto, o período de

abstinência, ou de redução de consumos a que estiveram sujeitos durante a prisão, diminui drasticamente a tolerância orgânica às substâncias consumidas, tornando frequentes os episódios de *overdose* durante este período de transição. Os estudos indicam que mais de metade dos indivíduos que consumiam drogas injetáveis antes de serem presos acabam por reiniciar o mesmo tipo de consumo nos três primeiros meses após saída em liberdade.³⁴

1.2.2.2. Repercussões do consumo de substâncias ilícitas na cavidade oral

O termo “*meth mouth*” refere-se ao conjunto de sinais típico dos consumidores de metanfetaminas. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de cáries rampantes e fraturas dentárias, com rápida perda dentária total.⁵¹⁻⁵⁴ Esta condição é considerada especialmente prevalente em populações prisionais.¹ É comum em toxicodependentes que consomem outros tipos de substância ilícitas, com a diferença que pode levar mais tempo a atingir o estado crítico.

Os ETA são substâncias ilícitas sintéticas, que incluem as anfetaminas, as metanfetaminas e o *ecstasy*. Juntamente com estes, o álcool, o tabaco e o dietilamida do ácido lisérgico (LSD) provocam efeitos secundários na cavidade oral.⁵⁵ Algumas destas substâncias podem interferir na via do sistema da dopamina, da serotonina ou da noradrenalina, suprimindo ou estimulando para-funções como o bruxismo.⁵⁵⁻⁵⁷

Os estudos têm demonstrado elevada prevalência de sinais e sintomas de DTM em consumidores de substâncias ilícitas, como alterações motoras, bruxismo noturno, ou excêntrico e bruxismo diurno ou cêntrico, movimentos tipo mastigação, fricção da língua e dor miofascial.^{55,58} São conhecidos como fatores etiológicos do DTM o trauma, o estado emocional, a má oclusão e as para-funções orais. Os sinais e sintomas mais descritos são as alterações na cinética mandibular, as limitações na abertura, a dor pré-auricular, a dor facial, e as dores de cabeça.⁵⁵

1.2.3. A saúde oral nos estabelecimentos prisionais

A probabilidade de encontrar, entre os reclusos, indivíduos provenientes de ambientes desfavoráveis com elevados níveis de desemprego e maiores níveis de exclusão social é muito elevada, não sendo por isso de estranhar a presença de maiores e mais graves necessidades de tratamento dentário.^{34,41,42,59-61} Apesar da heterogeneidade de métodos de estudo de diferentes investigações, parece haver consenso em considerar a saúde oral dos reclusos pobre, e pior, quando comparada com grupos semelhantes da população geral.^{34,42,59,62 63-71}

Os reclusos apresentam mais dentes cariados e perdidos, e índice de cariados, perdidos e obturados por dente (CPOD), igual ou superior à média da população geral, com

evidente necessidade de tratamento.^{42,59} Estudos de follow-up parecem ter encontrado resultados positivos e melhoras na saúde oral com o tempo de prisão, pelo menos na redução de situações urgentes. A prevalência de doença oral é alta, variando de acordo com a composição da amostra.⁵⁹ Os estudos indicam que a cárie dentária é aproximadamente quatro vezes mais frequente em populações prisionais do que em grupos semelhantes da população geral.^{34,72}

São comportamentos típicos de grupos mais desfavorecidos, consumos excessivos de álcool, tabaco e substância ilícitas, bem como padrões alimentares incorretos, com elevado teor de açúcar e baixo consumo de vegetais e frutas. Estes fatores de risco associados a comportamentos negligentes face a cuidados pessoais, e higiene oral explicam os baixos índices de saúde oral.^{34,61,72,73} Por outro lado, a utilização de serviços de saúde oral parece ser muito inferior à da população geral.^{34,42,72}

O excessivo consumo de tabaco e álcool aumenta a prevalência e gravidade da doença periodontal, e potencia o risco de cancro oral. O consumo de substâncias ilícitas também prejudica a saúde periodontal e contribui para a elevada prevalência de cárie dentária. No entanto, como muitas das substâncias consumidas apresentam elevado poder analgésico, os indivíduos não se apercebem do estado de saúde oral durante a fase de consumo. É muito comum nestes indivíduos que a odontalgia surja logo após a prisão, quando os consumos são suprimidos e se perde o efeito analgésico que mascarava a dor dentária.^{34,42,60,61}

Em 2008, Walsh *et al.*⁵⁹ analisaram 21 artigos publicados desde 1990, que se debruçaram sobre o estado de saúde oral em reclusos. A avaliação dos reclusos nestes estudos fez-se por exame clínico, entrevistas ou questionários. E incidiu sobre o CPOD, a doença periodontal, o comportamento dos reclusos face à saúde oral e utilização dos serviços de saúde. Walsh *et al.*,⁵⁹ concluíram que há uma tendência para a elevada prevalência de doenças orais, na população reclusa, e que as condições de saúde oral dos reclusos são baixas, e inferiores à da população geral.

Por outro lado, o risco de segurança e o baixo orçamento das prisões são um problema no recrutamento de dentistas.⁵⁹ Não há protocolos de acesso ou prioridade das necessidades de tratamento, e estas não são conhecidas no momento de admissão.⁵⁹ O número reduzido de consultas, a mobilidade entre prisões e a necessidade de medidas de segurança, contribuem para estes baixos níveis de saúde oral.^{59,61,74}

Os recursos nas prisões, por norma, são limitados, e o número de consultas é reduzido, como tal é fundamental que os médicos dentistas que prestam cuidados de saúde nas prisões tenham consciência de que não é possível uma prática semelhante à de um consultório privado. O médico dentista é responsável por todos os reclusos a cargo do EP e, como tal, só pode fazer por um recluso o que for possível fazer por todos. É impraticável a elaboração de planos de tratamento complexos. Da mesma forma, é importante ter em conta que muitas vezes o tratamento iniciado na prisão não ficará completo antes da saída do recluso.^{34,62}

O crescente aumento da população prisional, associada à elevada mobilidade de reclusos entre prisões, dificulta o acesso dos reclusos a cuidados de saúde oral. As prisões que prestam serviços de saúde oral, por norma estabelecem o tratamento de rotina com base na ordem de pedidos feita pelos reclusos, organizando-os em lista de espera. Muitas vezes os reclusos são transferidos de prisão antes de atingirem o topo dessa lista, e têm de iniciar novamente o mesmo processo na nova prisão em que são colocados. Desta forma muitos reclusos apenas conseguem tratamento em situação de urgência, uma vez que nestes casos é necessário um atendimento rápido.^{34,72,74,75}

Esta dificuldade de acesso aos serviços, leva a que muitos reclusos tentem contornar o sistema, e tentem obter rapidamente consulta de medicina dentária, referindo dores fortes durante longos períodos, para acederem à consulta de urgência. No entanto, quando são atendidos acabam por admitir que não sentiam dores, mas que entenderam que essa seria a forma de conseguir consulta mais rapidamente. Quando estas situações ocorrem, geralmente o motivo da consulta associa-se mais a questões estéticas do que funcionais,⁷⁵ e muitas vezes antecede ocasiões especiais para o recluso, como saídas precárias, visitas esperadas, eventos em que participará ou mesmo a sua saída em liberdade. A prestação de cuidados de saúde oral é muitas vezes prejudicada pelas expectativas, irrealistas e desapropriadas, que ocorrem com alguma frequência nas populações prisionais, desde a procura de tratamentos estéticos ou de soluções de reabilitação caras até à simulação de situações dolorosas para obtenção de opióides.^{61,72}

A triagem dos pedidos de urgência na população prisional acaba por se revelar uma tarefa muito difícil, principalmente para outros profissionais de saúde que não os médicos dentistas. A elevada necessidade de tratamentos dentários, a pouca higiene oral e o relato de sintomas falsos, prejudica a priorização das consultas e, por outro lado, pode induzir o médico dentista em erro de diagnóstico.⁷⁵

As condicionantes de acesso aos serviços de saúde oral nas prisões em conjunto com a elevada necessidade de tratamento potencia o aumento dos episódios de urgência, obrigando a um balanço, muitas vezes desequilibrado, entre a priorização dos casos urgentes e a prestação de consultas de rotina.^{34,61} Este desequilíbrio por sua vez potencia o aumento das situações de urgência, uma vez que condiciona o acesso ao tratamento de rotina.^{34,61,72,73}

Esta elevada necessidade de tratamento, tanto urgente como de rotina, obriga ao preenchimento de todo o tempo disponível para consultas, limitando a promoção de medidas de saúde oral preventivas e de educação para a saúde, tão necessárias nestes grupos.^{34,72}

A saúde oral é extremamente importante para o bem-estar individual, e para manter níveis de autoestima saudáveis, o que por si só, melhora a comunicação e aumenta a autoconfiança, potenciando uma interação social mais saudável e uma reinserção mais pacífica.³⁴ A dificuldade de acesso a serviços de saúde oral no exterior leva a que a

prestação destes cuidados nas prisões seja benéfica, não apenas para os reclusos, mas também para as suas famílias, comunidades e nações em geral.¹

A condição de reclusão, como prisão preventiva ou sentenciada, parece influenciar vários dos aspetos aqui considerados.³⁹ Em muitas prisões os reclusos em prisão preventiva apenas acedem a cuidados de saúde oral em caso de urgência.⁷⁴

1.3. Sistema prisional português

O sistema prisional português é gerido pela Direção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), que se encontra sobre alçada do Ministério da Justiça. A missão deste organismo é executar penas e medidas privativas de liberdade, por forma a contribuir para a defesa da paz e ordem na sociedade, promovendo condições para a reinserção social dos indivíduos infratores.⁷⁶

As penas e medidas privativas de liberdade são aplicadas segundo o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade,⁷⁷ e os EP onde são cumpridas regem-se pelo Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais.⁷⁸

1.3.1. A população prisional portuguesa

A 31 de Dezembro de 2008, encontravam-se à responsabilidade do sistema prisional português 10807 reclusos, 80.5% condenados e 19.5% preventivos. Neste número estavam incluídos os indivíduos sujeitos a medidas de segurança e internamento preventivo e indivíduos inimputáveis internados em estabelecimentos psiquiátricos não prisionais.⁷⁹

A esta data a população era maioritariamente de nacionalidade portuguesa (80%) e predominantemente do sexo masculino (94%). Mais de metade da população, 66% apresentava idade inferior a 40 anos, sendo que 52.7% se enquadravam entre os 25 e os 40 anos. Os níveis de educação revelavam-se baixos, com 5.2% de analfabetos, 5% sem certificação escolar e 34.3% apenas com o 1º ciclo do ensino básico.⁷⁹

De acordo com as estatísticas da DGSP, a população prisional portuguesa, tal como, outras populações prisionais, revela maior prevalência e incidência de patologias, do que grupos semelhantes da população geral, principalmente do foro infeccioso e associadas ao consumo de substâncias ilícitas.⁷⁹ A 31 de Dezembro de 2008, 24.8% dos reclusos apresentavam patologia infecciosa. Destes, 3% eram portadores de VIH, 17.5% de hepatites, e 4.3% de ambos. Relativamente à tuberculose, esta atingia 3.5% de indivíduos, num universo de 10893 reclusos, contabilizados no dia 1 de Julho de 2008.⁷⁹

A 31 de Dezembro de 2011, o número total de reclusos nos estabelecimentos prisionais em Portugal era de 12681, mais 1068 reclusos em relação ao mesmo período do ano anterior, e quase mais 2000 reclusos do que em igual período de 2008. À data de 31 de

Dezembro de 2011, o sistema prisional português apresentava condições para acolher 12077 reclusos, o que indica uma sobrelotação do sistema acima dos 600 indivíduos.⁸⁰

1.3.2. Prestação de cuidados de saúde à população reclusa

Por forma a promover a homogeneidade na prestação de cuidados de saúde nos diferentes EP em Portugal, a DGSP, através do Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde, elaborou em 2009 o Manual de Procedimentos - Para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional.⁷⁹ Neste documento estabelecem-se, de acordo com critérios de eficiência e racionalização de meios, os padrões mínimos de qualidade a respeitar na prestação de cuidados de saúde aos reclusos. Enquadrada em contexto prisional, a prestação de cuidados de saúde, salvaguarda os princípios éticos e deontológicos inerentes às profissões de saúde, como a independência, a equivalência e a confidencialidade, assegurando os princípios fundamentais e invioláveis pelos quais se regem os EP, a segurança, a ordem e a reinserção social destas populações.⁷⁹

A prestação de cuidados de saúde em meio prisional em Portugal segue, assim, as orientações de instrumentos normativos internacionais, como sejam as recomendações e resoluções do Conselho da Europa e da Organização das Nações Unidas. Os profissionais de saúde têm o dever de assegurar a proteção da saúde e o tratamento, com o mesmo padrão de qualidade e exigência que é prestado no SNS. O interesse do paciente e o seu consentimento devem estar sempre presentes em qualquer decisão ou atuação clínica. Por forma a garantir o princípio da equidade na prestação de cuidados é fundamental salvaguardar a independência dos profissionais de saúde e a autonomia dos reclusos enquanto pacientes.⁷⁹

Os EP dispõem de instalações devidamente equipadas para a prestação dos cuidados de saúde aí disponibilizados. A distribuição de recursos humanos e materiais é feita de acordo com a dimensão e infraestrutura do EP, pelas características da população prisional e pelas valências de saúde que são prestadas.⁷⁹

O Hospital Prisional São João de Deus (HPSJD) assegura a prestação de assistência médica especializada a todos os reclusos que dela necessitem, independentemente do EP onde se encontram.⁸¹ Disponibiliza consultas, meios complementares de diagnóstico e tratamentos nas valências de anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, fisioterapia, gastroenterologia, hepatologia, medicina interna, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia clínica e radiologia. Além do HPSJD, estão equipados com enfermarias ou unidades de internamento do sistema prisional mais quatro EP.⁷⁹

As Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental estão apenas disponíveis no HPSJD e no EP de Santa Cruz do Bispo no distrito do Porto, assegurando assim a prestação de cuidados psiquiátricos a toda a população reclusa nacional. Já a prestação de cuidados de saúde oral é providenciada pelo HPSJD, por consultórios de Medicina Dentária distribuídos

pelos 19 estabelecimentos, centrais e especiais e, também, através de contratos de assistência com consultórios privados. Todos os 49 EP portugueses dispõem de Unidades de Saúde que prestam cuidados de enfermagem e clínica geral.⁸¹ Outras especialidades, como psiquiatria e infecologia, são também disponibilizadas em EP centrais. Os EP que não dispõem de especialidades médicas ficam afetos a EP centrais de apoio, aos quais são encaminhados os reclusos quando necessário. Ainda assim, sempre que se justifique, o recluso pode ser encaminhado para o SNS.⁷⁹

O dever de acompanhamento da evolução da saúde mental e física dos reclusos pelos profissionais de saúde, encontra-se devidamente legislado, tal como as ocorrências que obrigam a comunicação imediata por escrito ao Diretor do EP. A entrada de um recluso no sistema prisional português é sempre comunicada pelos Serviços de Vigilância aos Serviços Clínicos do EP, para que este seja observado pelo serviço de enfermagem nas primeiras 24 horas que se seguem à sua admissão.⁷⁹

Quando se trata do início de cumprimento de medida ou pena e corresponde à primeira prisão, o enfermeiro de serviço é responsável, na consulta de admissão, por dar início ao Processo Clínico Individual. Registar os dados, estado geral e terapêuticas, bem como antecedentes pessoais do indivíduo. Assegurar o plano de vacinação, administrar medicação no caso de haver terapêutica instituída em liberdade, e encaminhar o recluso para consulta de clínica geral, que deve ser realizada no prazo máximo de 72 horas. É também nesta primeira consulta de admissão que o recluso é informado sobre os seus direitos relativos aos cuidados de saúde, sobre os horários de atendimento dos serviços clínicos e procedimentos de acesso aos mesmos. É ainda nesta situação que o recluso é alertado para os comportamentos de risco associados a transmissão de doenças infecciosas. No caso de o enfermeiro considerar que é necessária observação médica imediata, encaminha o recluso imediatamente para consulta médica no EP, ou não sendo possível, por ausência do médico do EP, ativa os procedimentos estabelecidos para encaminhamento do recluso para o SNS.⁷⁹

Quando a entrada do recluso num EP, ocorre por transferência de outro EP, o enfermeiro de serviço presta os cuidados necessários de acordo com a terapêutica instituída no EP de origem e encaminha o recluso para consulta de clínica geral se a situação o exigir.⁷⁹

A consulta de clínica geral de admissão, quando em situação de início de cumprimento de pena ou medida, é realizada tão cedo quanto possível, idealmente nas primeiras 24 horas até um máximo de 72 horas após entrada do recluso no sistema prisional. Nesta primeira consulta presta-se especial atenção a sinais de agressão ou violência, física ou sexual, à presença de distúrbios mentais, doenças infecciosas, patologias crónicas ou síndromes de abstinência. O médico procede à história e exame clínico do recluso e solicita exames complementares de diagnóstico de acordo com o protocolo instituído. Se o recluso sofrer de patologia, o médico institui terapêutica adequada e programa as consultas de acompanhamento. No caso de haver necessidade, referencia o recluso para

acompanhamento e tratamento por outras especialidades. Nesta consulta informa o recluso sobre o rastreio de patologias infecciosas e metabólicas e, exceto se o recluso expresse claramente o seu não consentimento, por escrito em formulário próprio, o médico promove a sua realização.⁷⁹

Após a consulta médica de admissão e de acordo com o estado de saúde e as necessidades de cuidados que o recluso apresentar, os profissionais de saúde programam e realizaram as consultas e os tratamentos adequados com a periodicidade considerada necessária. Quando o recluso considere necessário pode solicitar aos serviços clínicos a observação pelos profissionais de saúde. Por escrito, em modelo próprio, o recluso descreve sucintamente o motivo do seu pedido. O agendamento das consultas é feito pelo profissional de saúde competente na valência solicitada. A priorização de consultas é feita considerando não só o motivo da consulta, como também a situação clínica e antecedentes do recluso, bem como informações relevantes que sejam conhecidas sobre o estado do mesmo.⁷⁹

Os reclusos sempre que possível são avisados pelos serviços de vigilância, no dia anterior da data e hora a que decorrerá a prestação de cuidados de saúde, através de impresso enviado pelos serviços clínicos. O recluso toma conhecimento da marcação de consulta pela assinatura do impresso. No caso de recusar a prestação de consulta ou tratamento declara-o em impresso próprio. Caso haja recusa por parte do recluso, o cuidado de saúde não é prestado e, em caso de gravidade ou recusa reiterada, deve ser dado conhecimento por escrito ao Diretor do EP, cujo despacho fica arquivado no processo clínico.⁷⁹

Quando o recluso solicita uma consulta de carácter urgente, é imediatamente observado e avaliado pelo enfermeiro de serviço que, de acordo com os critérios de priorização estabelecidos, determina o grau de urgência e procede ao adequado encaminhamento da situação. No caso de se verificar a impossibilidade da prestação dos cuidados necessários no EP em tempo útil, ou no caso de haver necessidade de recorrer a cuidados em ambiente hospitalar, a situação é imediatamente reportada ao Diretor do EP. A este cabe acionar os meios de urgência e emergência médica, consoante a situação, e proceder de seguida em consonância com as instruções que lhe forem dadas.⁷⁹

Qualquer contacto do recluso com os serviços clínicos fica registado no processo clínico individual, com discriminação da data, motivo e do profissional de saúde que prestou atendimento. Também os pedidos de consulta, os exames complementares de diagnóstico ou as declarações de recusa de exames ou tratamentos por parte dos reclusos ficam arquivados no mesmo processo. O processo clínico individual acompanha o recluso sempre que este tenha de ser deslocado entre diferentes EP para prestação de cuidados de saúde. Além dos profissionais de saúde, apenas os profissionais administrativos que prestem funções de apoio aos serviços clínicos têm permissão para aceder ao processo clínico individual, ficando de igual forma obrigados a sigilo

profissional, mesmo após término das suas funções. De acordo com a legislação portuguesa, quando um recluso sai em liberdade o seu processo clínico individual é arquivado no EP onde concluiu a sua pena, por um período de 50 anos. No decurso desse período, em caso de reingresso no sistema prisional, o processo clínico é requisitado ao EP onde foi arquivado, e deve ser transferido para o EP onde se encontra o recluso num prazo de 72 horas.⁷⁹

A autonomia do recluso relativamente à sua saúde apenas é posta em causa quando o seu comportamento o coloca em perigo de vida ou grave perigo para a saúde, situações tais como automutilação, risco ou tentativa de suicídio, recusa de cuidados de saúde ou alimentação indispensáveis para fazer cessar o perigo, obrigam os Serviços Clínicos a comunicarem ao Diretor do EP. Este promove as diligências necessárias para obtenção de consentimento por parte do recluso para a prestação dos cuidados necessários. No entanto, se tal não for possível, e com base na condição de perigo de vida ou perigo grave para a saúde, propõe ao Diretor-Geral dos Serviços Prisionais a sua imposição coativa. Por determinação do Diretor-Geral dos Serviços Prisionais os Serviços Clínicos prestam os cuidados necessários ao recluso até que cesse a condição de perigo de vida. É também aplicável, nos casos de comportamento agressivo, em situações de confusão mental, agitação psicomotora ou violência a Lei da Saúde Mental,⁷⁹ que “...estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.”.⁴⁷

Também em situação de necessidade fundamentada, de rastreio de doenças transmissíveis e contagiosas, com risco para a saúde pública, pode ser imposto ao recluso que recuse o rastreio, a realização do mesmo por despacho do Diretor do EP. O Diretor providencia as medidas necessárias à sua realização, mantendo princípios de restrição mínima dos direitos fundamentais. No caso de ser detetada doença infetocontagiosa, o recluso é informado por profissional de saúde por forma a iniciar tratamento e acompanhamento, bem como acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no caso de ser necessário. Sem prejuízo da confidencialidade do rastreio, os Serviços Clínicos informam o Diretor do EP da deteção da doença, e propõem a adoção de medidas adequadas à prevenção da contaminação de terceiros. Face a esta situação o Diretor do EP providencia medidas no limite estritamente necessário, a salvaguardar a saúde pública.⁷⁹

Chegado o final da pena, a Secção de Reclusos comunica aos Serviços Clínicos, com a antecedência possível a libertação do recluso. Os Serviços Clínicos por sua vez, encaminham o recluso para as unidades de saúde do SNS que possam dar continuidade ao acompanhamento do recluso, providenciando informação sobre o estado de saúde deste. No caso de os reclusos padecerem de patologia crónica com necessidade de medicação continuada, é lhes entregue no momento da libertação medicação para oito dias de tratamento, ou no caso de sofrer de condição aguda, medicação necessária até ao término do tratamento.

Quando é concedida liberdade ao recluso antes do final da pena, a saída do EP é imediata, limitando o correto reencaminhamento do indivíduo para o SNS, bem como a sensibilização de amigos e familiares para a necessidade de acompanhamento e apoio do indivíduo. Esta situação é preocupante sobretudo nos casos de doenças infetocontagiosas, distúrbios do foro psiquiátrico ou toxicodependência. Nestes casos, a evolução do problema é altamente dependente do acompanhamento e continuidade do tratamento. Por forma, a diminuir o prejuízo provocado por esta situação, o recluso é informado durante a consulta de admissão, aquando da sua entrada no sistema prisional, sobre as possíveis medidas de atuação do EP, no caso de saída abrupta em liberdade. Caso o recluso tenha prestado consentimento por escrito, o EP, informa a unidade de saúde do SNS que ficará responsável pelo seguimento do indivíduo com envio de relatório clínico, e providencia o contacto de amigos e familiares do indivíduo para sensibilização dos mesmos para a necessidade de apoio e acompanhamento do recluso.⁷⁹

1.3.3. Estabelecimento Prisional de Izeda

O Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI) localiza-se na região de Trás-os-Montes, no Concelho de Bragança. Estabeleceu-se no edifício da antiga Escola Profissional de Santo António por decreto-lei,⁸² e foi inaugurado a 27 de Junho de 1996. A antiga escola encontrava-se integrada na Ex Direção-Geral dos Serviços Tutelares de Menores e, como tal, dispunha já de condições físicas apropriadas à utilização como EP. Entendeu-se portanto que o espaço e o local poderiam acolher uma população prisional e proporcionar uma reintegração adequada, pela abertura e cooperação com a comunidade local.⁸²

O edifício principal data de 1956, e foi requalificação de acordo com as alterações indispensáveis ao funcionamento como EP, na primeira metade da década de 90. Disposto em forma de U, com três pisos, divide-se em duas alas prisionais, a ala A e a ala B, com dois pisos cada. Dispõe ainda de uma área contígua à ala B designada por pavilhão de segurança. As alas A e B dividem-se por camaratas, 40 no total, onde os reclusos são alojados em grupos. O pavilhão de segurança por sua vez é a zona que oferece melhores condições de alojamento, composto por 15 celas e duas camaratas, cada uma delas equipada com quartos de banho completos, ao contrário das alas que dispõem apenas de balneários. Existem ainda duas celas disciplinares, onde são cumpridos castigos e medidas disciplinares aplicadas por conduta imprópria no EPI, embora não existem celas de segurança. Cada ala está equipada com um refeitório, em sistema de *self-service*, e duas salas de convívio com bar anexo, uma por piso. Estão também disponíveis, para utilização dos reclusos, uma sala de visitas equipada com refeitório, um auditório e uma capela.

1.3.3.1. Atividades disponibilizadas e desenvolvidas no EPI

Na periferia do edifício principal existem instalações anexas que funcionam como oficinas. Nestas oficinas funcionam não só o ensino escolar, desde o ciclo de alfabetização até ao 9º ano e cursos de formação, como também serviços de mecânica, marcenaria, eletricidade, sapataria, artesanato, entre outros, prestados por reclusos, tanto para o EPI como para a comunidade.⁸³ No exterior do recinto do EPI existem ainda a vacaria, o lagar de azeite, o armazém de ferragem e o hangar agrícola.

Para ocupação de tempos livres, o EPI dispõe de uma biblioteca com quase 2000 obras, algumas das quais, pouco mais de meia centena, em língua estrangeira. Este espaço é também utilizado para a promoção de outras atividades voltadas para a educação e reintegração do recluso, tais como dinâmicas de grupo, ações de promoção da saúde, projetos de voluntariado, ateliês de literatura e teatro e planos de contingência. Periodicamente são organizados fóruns de debate de ideias. Dispõe também de um ginásio e três campos de jogos, onde é prestada orientação por um professor de Educação Física duas vezes por semana. Todo o edifício está equipado com sistema de televisão via satélite, e são disponibilizados alguns canais estrangeiros para reclusos de outras nacionalidades. Os reclusos têm o direito de ter o seu televisor próprio.

O ateliê de teatro, organizado pelos técnicos orientadores, visa desenvolver entre os reclusos sentimentos de empatia e compreensão pelo próximo. A produção de peças pelos reclusos, para apresentar em ocasiões comemorativas, obriga à prática de ensaios regulares, nos quais se enfatiza a organização entre eles, o desenvolvimento de trabalho em equipa e a responsabilização pelo seu papel. Assim, promove-se a interação e a interiorização de responsabilidade. Existe também o ateliê de pintura, com realização quinzenal, que têm como objetivo estimular a criatividade e desenvolver competências artísticas nos reclusos, permitindo que expressem os seus sentimentos, ainda que negativos, sem a utilização da linguagem verbal. No ateliê de literatura, por sua vez, organizam-se debates de ideias, e mensalmente são projetados filmes no âmbito da literatura. Os reclusos podem ainda participar ativamente na edição do jornal do EPI, com poemas, artigos de opinião, textos literários ou humorísticos.

O EPI promove ainda o Plano de Contingência, projeto que já vai na sua terceira edição, e que visa a preparação de um plano de vida para o recluso, pelo próprio recluso. Parte da situação de reclusão, pela tentativa de melhorar a sua vivência no EPI, e elabora estratégias para a vida fora da prisão, por forma a evitar recaídas. As sessões ocorrem quinzenalmente, com um grupo pequeno entre 12 a 13 reclusos por cada plano.

A integração do EPI e da sua população reclusa na Vila de Izeda parece bastante favorável para ambas as partes. O trabalho da população reclusa é bastante solicitado pela comunidade local, tanto a título individual, como a nível empresarial, em atividades como construção civil, serralharia e agricultura. Mas também na venda de artigos produzidos ou reparados nas oficinas do EPI, e produtos agropecuários. Este

intercâmbio com a comunidade local promove a integração social e capacita o recluso para a vida depois da prisão.

1.3.3.2. Prestação de cuidados de saúde no EPI

A prestação de cuidados de saúde no EPI é feita em conjunto por profissionais de saúde da DGSP, e por profissionais de saúde contratados por empresas privadas. Os serviços de enfermagem estão disponíveis diariamente das 7.30 às 23h, e são prestados por quatro enfermeiros dos quadros da DGSP. As restantes valências de saúde são prestadas por profissionais de saúde contratados por empresa privada. São disponibilizadas semanalmente nove horas de clínica geral, oito horas de medicina dentária, três horas de psiquiatria e vinte e duas horas de psicologia clínica.⁸⁴

O EPI estabelece também protocolos com instituições, direcionadas ao apoio de grupos específicos. Os reclusos que necessitam de apoio psicológico e farmacológico, no âmbito da toxicodependência, beneficiam desse mesmo apoio e acompanhamento através de um protocolo estabelecido entre o EPI e o Centro de Respostas Integradas (CRI) de Bragança.^{84,85} O apoio psicológico de reclusos VIH+ é acompanhado pelo Centro de Aconselhamento e Detecção (CAD). No âmbito da infecologia, o EPI mantém um protocolo com a Administração Regional de Saúde do Norte, através do Hospital Joaquim Urbano, que disponibiliza uma médica infeciologista e uma enfermeira para deslocação ao EPI periodicamente. O controlo de doenças do foro pneumológico é feito em parceria com o Centro de Saúde de Bragança.⁸⁴

1.4. Os estabelecimentos prisionais como vetor de saúde pública

A OMS recomenda que sejam prestados aos reclusos os melhores tratamentos de saúde sem custo, mesmo em tempos de crise económica.³⁵ O acesso aos serviços prestados no país deve ser possível sem discriminação da situação legal.³⁵ No entanto, a falta de integração entre serviços prisionais e serviços de saúde pública leva a que estes indivíduos, após saída em liberdade, abandonem os tratamentos iniciados nas prisões, quer por razões socioeconómicas, quer por desmotivação.³⁵ A continuidade destes tratamentos na comunidade após saída em liberdade deveria ser garantido, para realmente permitir o tratamento efetivo de doenças psiquiátricas, infecciosas e crónicas, toxicodependência,³⁵ e uma melhoria da saúde oral.

A OMS recomenda também que a organização dos serviços de saúde prisionais seja estabelecida, reconhecendo que a saúde a nível prisional é essencial para a saúde pública e que a boa saúde pública, por sua vez, vai otimizar a utilização dos serviços de saúde prisionais. O grande contributo das prisões para a saúde pública ocorre essencialmente na prestação de cuidados de saúde aos indivíduos mais desfavorecidos e

com maior nível de exclusão social. Melhorando os índices de saúde nestes grupos promove-se a saúde da sociedade.^{34,60}

A educação dos reclusos para a saúde é fundamental. Para que possa ocorrer prevenção é essencial que os indivíduos tenham conhecimento sobre os comportamentos de risco e sobre as atitudes negligentes. Para que o tratamento seja eficaz é fundamental que os pacientes conheçam a doença e saibam lidar com ela. Como tal, e sabendo que o analfabetismo é um problema real nas prisões e nas sociedades, e que para além disso muitos reclusos estão presos em países que não são o seu, é importante fazer-lhes chegar a informação de formas variadas, por forma a promover hábitos e comportamentos saudáveis.³⁴

A OMS considera o bem-estar e a saúde como chaves essenciais para uma reabilitação e reintegração de sucesso. Para os reclusos que mantinham estilos de vida caóticos antes da prisão, os EP são potenciais veículos de saúde e bem-estar físico, mental mas também espiritual e social, sendo esta, muitas vezes a única oportunidade que estes indivíduos encontram para suprimir essas necessidades.³⁴

Para evitar o abandono de tratamentos iniciados nas prisões, a OMS recomenda a integração entre os serviços de saúde prisionais e os serviços de saúde nacionais. Por forma a assegurar a prestação de cuidados de saúde nas prisões equivalentes aos proporcionados em hospitais e centros de saúde e, por outro lado, a assegurar o reenaminhamento destes indivíduos para o sistema nacional de saúde aquando da sua libertação.³⁴

1.5. Objetivos da investigação

Pretende-se com esta investigação avaliar as condições de saúde oral e respetivas necessidades de reabilitação oral da população reclusa do Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI), nomeadamente:

- Avaliar os hábitos de higiene oral e a utilização de serviços de Medicina Dentária;
- Calcular a prevalência de sintomas e distúrbios temporomandibulares;
- Quantificar o índice de dentes cariados, perdidos e obturados, (CPOD);
- Quantificar a perda dentária;
- Avaliar as necessidades de tratamentos dentários;
- Avaliar as necessidades de tratamento protético;
- Avaliar se existem diferenças entre indivíduos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas quanto à utilização de serviços de Medicina Dentária, aos sintomas e distúrbios temporomandibulares e ao CPOD.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

2. Material e métodos

2.1. Características gerais do estudo

2.1.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo, transversal ou de prevalência. Método de amostragem aleatória da população reclusa do EPI.

2.1.2. Apreciação e autorização da investigação

Em Junho de 2011, após uma breve pesquisa bibliográfica sobre o estado da arte relativamente ao tema “saúde oral em reclusos”, submeteu-se projeto de investigação sobre esta temática para apreciação pela Comissão Científica do Mestrado de Reabilitação Oral da FMDUP. Face ao parecer favorável por parte deste órgão, submeteu-se o mesmo projeto para avaliação pela Comissão de Ética da FMDUP, obtendo-se a aprovação do mesmo no final do mês de Novembro (Anexo 1). De seguida submeteu-se o projeto para autorização da investigação por parte do Senhor Diretor Geral dos Serviços Prisionais, sendo esta concedida em Janeiro de 2012 (Anexo 2).

2.1.3. Equipa examinadora

Constituiu a equipa examinadora, a investigadora e um ajudante, também médico dentista. A investigadora realizou todas as entrevistas e exames clínicos, ficando o ajudante responsável pelo registo das respostas e dados.

Uma vez que existe sempre alguma subjetividade inerente à aplicação dos critérios de diagnóstico utilizados no exame clínico, investigadora e anotador procederam previamente a estudo de calibragem intra-examinador, em indivíduos com diferentes graus de condição oral. De acordo com os critérios definidos pela OMS,⁸⁶ depois de praticar num grupo de 15 indivíduos, procedeu-se à observação dupla de outros 20 indivíduos, tendo a segunda observação ocorrido com intervalo mínimo de 30 minutos e máximo de 15 dias. A comparação dos resultados obtidos nas duas observações fez-se com recurso ao teste *Kappa*, com o qual se obteve uma concordância de 89% para a avaliação dentária.

2.1.4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados fez-se com recurso a entrevista, por forma a ultrapassar dificuldades inerentes a alfabetização dos participantes. A entrevista era constituída por três partes:

- Dados demográficos, história clínica, hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária, hábitos tabágicos e consumo de substâncias ilícitas (Anexo 3);
- Classificação social internacional de Graffar (Anexo 4);⁸⁷
- Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (Anexo 5);⁸⁸

Foi solicitada a ajuda do enfermeiro de serviço, sempre que o participante não sabia responder sobre a terapêutica que fazia no momento.

O exame clínico incluiu (Anexo 6):

- Índice de CPOD;
- Perda dentária anterior;
- Avaliação da articulação posterior de acordo com a classificação de Eichner;⁸⁹
- Avaliação de prótese dentária, quando presente;
- RDC/TMD (Anexo 5).⁸⁸

As próteses removíveis, quando presentes, eram removidas. Procedia-se à avaliação do CPOD e da perda dentária anterior e posterior. Após avaliação da higiene da própria prótese, estas eram minuciosamente analisadas para despiste de fraturas. De seguida eram novamente colocadas na boca para avaliação da retenção, da estabilidade, e da sua adequação à real necessidade do participante. O exame RDC/TMD era realizado com a prótese colocada, a menos que a presença desta não permitisse a correta aplicação do exame, por falta de retenção por exemplo.

2.1.5. Condições do Exame

A recolha de dados decorreu, no consultório de Medicina Dentária do EPI, que se encontra devidamente preparado para o exercício da atividade, entre os dias 27 de Janeiro de 2012 e 10 de Fevereiro do mesmo ano. Os horários de observação dos participantes foram divididos em períodos, e ocorreram em dias não consecutivos por forma a respeitar o normal funcionamento do EPI. O período da manhã iniciava por volta das 8.15h até às 12.00h, e o período da tarde entre as 14.00h e as 18.00h. Sempre que, por algum motivo, ocorresse um atraso que obrigasse a ultrapassar a hora de término definida, era comunicado ao Guarda Prisional, em escala nos serviços clínicos, para que não houvesse qualquer prejuízo para o participante.

2.1.6. Material de observação

Utilizaram-se espelhos planos, sondas exploradoras pontiagudas, pinças, compasso de pontas secas, canetas demográficas e régua. Utilizaram-se luvas e máscaras descartáveis durante o exame clínico.

A remoção de depósitos moles, quando presentes, era feita com recurso a pinças e a jacto de ar e água da cadeira de dentista.

As próteses dentárias removíveis, quando presentes, eram recolhidas em guardanapos de papel.

Os espelhos, sondas e pinças utilizadas, pertencem ao consultório de Medicina Dentária e eram devidamente esterilizados, no final de cada período de recolha de dados. No final de cada observação a cadeira de dentista era devidamente desinfetada, e o material de observação substituído. Todo o material de uso único, guardanapos, luvas, máscaras, era eliminado em saco de lixo próprio.

2.1.7. Diagnóstico radiológico

A investigação decorreu sem recurso a exames radiológicos, uma vez que não é recomendado neste tipo de levantamento, pela dificuldade prática de aplicação a todos os casos observados.

2.1.8. Registo e tratamento de dados

O médico dentista anotador procedeu ao registo dos dados recolhidos em folha de resposta sem identificação do participante, por forma a salvaguardar a identidade deste face à existência de questões comprometedoras. Como tal, não foi possível mais tarde recolher informações que por algum motivo não terão na altura sido devidamente registadas.

Utilizou-se a numeração dentária proposta pela Federação Dentária Internacional (FDI).

Os dados foram posteriormente organizados e tratados com recurso aos programas informáticos Microsoft Office Excel 2007 e Statistical Package for the Social Sciences versão IBM SPSS Statistics 19 (SPSS).

Para análise da distribuição das variáveis por grupos, dado o tamanho da amostra, e dos grupos, utilizou-se o teste Shapiro-Wilk. Quando se verificou a distribuição normal das variáveis quantitativas, pelos grupos, utilizou-se o teste paramétrico Teste t para duas amostras independentes. Quando tal não aconteceu, utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney U e de Kruskal-Wallis H. Para a análise das variáveis nominais e das ordinais com reduzido número de classes utilizou-se o teste do Qui-quadrado. O estudo de efeito de fatores de confusão fez-se pela análise de covariância (ANCOVA). Definiu-se como nível de significância estatística $p \leq 0.05$, para intervalo de confiança de 95.0%.

2.2. Critérios usados

2.2.1. Distúrbios temporomandibulares - DTM

Para avaliação da presença de sinais e sintomas relacionáveis com presença de DTM, usou-se o sistema Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD).⁹⁰ O RDC/TMD é constituído por seis partes: questionário sobre história clínica, exame clínico, especificações para o exame clínico, instruções verbais para o examinador, critérios de diagnóstico *axis I* e incapacidade e estado psicológico *axis II* (Anexo 5).

Os sintomas de DTM avaliados correspondem às questões número 3, 14a, 15a-g e 18 do RDC/TMD. Para que a observação e análise destes, em quadros e figuras seja mais simples denominaram-se as respostas positivas às questões enunciadas da seguinte forma:

- 3. Dor facial;
- 14.a. Bloqueio mandibular;
- 15.a. Estalido;
- b. Crepitação;
- c. Ranger os dentes à noite;
- d. Apertar os dentes durante o dia;
- e. Dor ou rigidez matinal;
- f. Zumbidos nos ouvidos;
- g. Mordida desconfortável;
- 18. Cefaleia.

2.2.1.1. Critérios de diagnóstico *axis I*

O *axis I* procura diagnosticar fisicamente os subtipos mais comuns de DTM, distúrbios musculares, deslocamentos de disco, e doenças inflamatórias ou degenerativas da ATM.^{29,30} Baseia-se na medição de sinais e sintomas e, atualmente, é já considerado o melhor e mais utilizado sistema de classificação em estudos epidemiológicos sobre etiologia e mecanismos de DTM.³¹

O diagnóstico faz-se de acordo com árvores de classificação, que permitem uma rápida e relativamente fácil categorização dos sinais dos pacientes. As do *axis I* foram desenhadas para permitirem uma sensibilidade de 70.0% e uma especificidade de 95.0%.³³

Ficou demonstrado em estudos anteriores que este *axis* apresenta níveis de confiança de elevados a aceitáveis, quando o exame clínico é efetuado de acordo com as especificações.^{30,31}

O *axis I* define três grupos de diagnóstico e oito subgrupos de DTM. Os grupos de diagnóstico não são exclusivos entre si,^{14,91} cada indivíduo pode apresentar mais de um diagnóstico de grupo. O mesmo não acontece relativamente aos subgrupos de diagnóstico, em cada grupo um indivíduo não pode apresentar mais de um diagnóstico de subgrupo por articulação.⁹¹ Grupos e subgrupos de diagnóstico definem-se de acordo com os critérios:^{14,91}

Grupo I. Distúrbios musculares

I.a. Dor miofascial:

- Queixa de dor, em repouso ou durante a função, em qualquer uma das zonas: mandíbula, face, têmporas, área pré-auricular ou ouvido;
- Dor à palpação em pelo menos três dos seguintes músculos: temporal posterior, temporal médio, temporal anterior, origem do masséter, inserção do masséter, região posterior da mandíbula, região submandibular, área do pterigoideu lateral, e tendão do temporal;
- Deve verificar-se pelo menos um músculo doloroso à palpação no lado onde há queixa de dor;

I.b. Dor miofascial com limitação de abertura:

- Presença de dor miofascial, tal como foi definido em I.a;
- Abertura mandibular não assistida sem dor <40mm;
- Diferença entre abertura máxima assistida e abertura mandibular não assistida sem dor, ≤5mm;

Grupo II. Deslocamentos do disco

II.a. Deslocamento do disco com redução:

- Estalido recíproco na ATM, reproduzível em 2 de 3 exames consecutivos. Entende-se por estalido recíproco, estalido presente em ambos os movimentos verticais, que ocorre a uma distância interincisiva pelo menos 5mm maior no movimento de abertura do que no movimento de fecho, e que é eliminado com abertura em protrusão;
- Estalido na ATM num dos movimentos verticais, reproduzível em 2 de 3 exames consecutivos, e estalido durante a excursão lateral ou a protrusão, também reproduzível em 2 de 3 exames consecutivos;

II.b. Deslocamento do disco sem redução, com abertura limitada:

- História de limitação significativa na abertura;

- Abertura máxima não assistida $\leq 35\text{mm}$;
- Diferença entre abertura máxima assistida e abertura mandibular não assistida, $\leq 4\text{mm}$;
- Excursão contra lateral $< 7\text{ mm}$ ou desvio não corrigido para o lado homolateral na abertura;
- Ausência de ruídos articulares, ou presença de ruídos que não se incluem nos critérios definidos para o deslocamento de disco com redução;

II.c. Deslocamento do disco sem redução, sem limitação da abertura:

- História de limitação significativa na abertura;
- Abertura máxima não assistida $> 35\text{mm}$;
- Diferença entre abertura máxima assistida e abertura mandibular não assistida, $\geq 5\text{mm}$;
- Excursão contra lateral $\geq 7\text{mm}$;
- Presença de ruídos que não se incluem nos critérios definidos para o deslocamento de disco com redução;

Grupo III. Outras condições articulares

III.a. Artralgia:

- Dor à palpação pelo menos num dos locais: pólo lateral da ATM ou inserção posterior;
- Pelo menos uma das seguintes queixas: dor na região articular, dor na articulação durante a abertura máxima não assistida, dor na articulação durante abertura assistida, ou dor na articulação durante movimentos de excursão lateral;
- Ausência de crepitação grosseira;

III.b. Osteoartrite da ATM:

- Presença de artralgia tal como definido em III.a;
- Presença de crepitação grosseira;

III.c. Osteoartrose da ATM:

- Ausência de todos os sinais de artralgia;
- Presença de crepitação grosseira;

2.2.1.2. Avaliação biopsicossocial *axis II*

A implementação do *axis II* permitiu pela primeira vez a pesquisa de fatores psicológicos na avaliação de DTM. A pesquisa e a quantificação destes fatores através de

instrumentos fiáveis e reprodutíveis são relevantes, pois, há evidência que os fatores psicológicos influenciam o início, o desenvolvimento e a progressão, ou o tratamento de DTM.^{15,29,32}

A aplicação de testes de diagnóstico psiquiátricos em pacientes com DTM tem revelado elevada frequência de perturbações, tais como depressão profunda, ansiedade e distúrbios de somatização, nestes indivíduos.^{30,92} No entanto, a aplicação deste tipo de exame não é aconselhado a médicos dentistas sem experiência nem treino neste campo, ou com limitação de tempo para a aplicação dos mesmos.³⁰

Assim, o *axis II* revelou-se um instrumento razoável para a medição dos comportamentos psicológicos e psicossociais. A sua intenção não passa pelo diagnóstico psiquiátrico, mas sim pela avaliação de medidas psicométricas como ferramenta para triagem de transtornos emocionais e de perturbação das atividades diárias.^{29,30,32,92}

Os determinantes do *axis II* baseiam-se em testes que já demonstraram confiança e validade, quando comparados com medidas psicométricas já estabelecidas. A avaliação destes determinantes - depressão, somatização e dor crónica - demonstrou que apresentam níveis de confiança entre aceitável e excelente, com validade e utilidade clínica.^{29,30,92}

A utilidade clínica reside no potencial de alerta para os clínicos, da presença de sintomatologia depressiva, ou tendência a somatização, nos pacientes com DTM.^{29,30,32,92} Situações que já foram demonstradas como preditores da progressão do tratamento de DTM.^{29,30,92}

O grau de dor crónica, por sua vez, deve servir de orientação à escolha do tratamento relativamente à adaptação psicossocial. Pacientes com dor crónica grau I ou II, podem beneficiar de terapias de autogestão de cuidados e monitorização dos sintomas de DTM. Nestes pacientes, a flutuação dos sintomas não indica medidas mais extensas, invasivas ou caras.³⁰

2.2.1.2.1. Classificação do Grau de Dor Crónica:^{90,93}

Grau 0 – Ausência de dor nos últimos 6 meses.

Baixa Incapacidade (<3 pontos de incapacidade):

Grau I - Baixa Intensidade:

<50 características da intensidade da dor;

Grau II - Alta Intensidade:

≥ 50 características da intensidade da dor;

Alta Incapacidade (independentemente das características da intensidade da dor):

Grau III - Moderadamente Limitante:

3 a 4 pontos de incapacidade;

Grau IV - Gravemente limitante:

5 a 6 Pontos de incapacidade;

Protocolo de registo de dor crónica

De acordo com a resposta à questão número 3:

-se negativa – Grau de dor crónica = 0;

-se positiva então, calcular as características da intensidade da dor;

Para calcular as características da intensidade da dor, somar a pontuação das questões 7, 8 e 9, dividir o resultado por 3 e multiplica-lo por 10.

Calcular o resultado de incapacidade somando a pontuação de dias de incapacidade com a pontuação de incapacidade. Para o cálculo da pontuação de dias de incapacidade fazer corresponder a resposta à questão número 10 com a seguinte escala:

0 Pontos de Incapacidade = 0-6 dias

1 Ponto de Incapacidade = 7-14 dias

2 Pontos de Incapacidade = 15-30 dias

3 Pontos de Incapacidade = 31 ou + dias

Para o cálculo da pontuação de incapacidade, somar as respostas às questões 11, 12 e 13, dividir o resultado por 3, multiplica-lo por 10, e fazer corresponder o resultado à seguinte escala:

0 Pontos de Incapacidade = 0-29

1 Ponto de Incapacidade = 30-49

2 Pontos de Incapacidade = 50-69

3 Pontos de Incapacidade ≥ 70

2.2.1.2.2. Nível de depressão:

Para o cálculo das variáveis “Nível de depressão” e “Escala de sintomas físicos não específicos”, a pontuação de ambas as escalas é obtida pela soma dos pontos obtidos nas diferentes alíneas da pergunta 20.^{91,94,95} O resultado desta soma é dividido pelo número total de questões respondidas,^{90,91,94,95} (Anexo5). Se o número de questões respondidas for inferior ao número mínimo definido para cada uma das escalas, então estas não podem ser calculadas e devem considerar-se inexistentes.^{90,91,94,95}

O nível de depressão é calculado pela soma dos pontos obtidos nas alíneas b, e, f, g, h, i, k, l, m, n, q, v, y, z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, o que corresponde a um total de 20 questões, ao qual tem de ser respondido um mínimo de 12 para que a escala possa ser calculada.

^{90,91,94,95}

Os indivíduos são classificados em grau normal, moderado ou grave de acordo com a escala: normal <0.535 , moderado ≥ 0.535 e <1.105 , grave ≥ 1.105 .⁹²

2.2.1.2.3. Escala de sintomas físicos não específicos – Somatização:

A escala de sintomas físicos não específicos (incluindo questões de dor) é calculada pela soma dos pontos obtidos nas alíneas a, c, d, j, o, p, r, s, t, u, w, x,^{91,93-95} o que corresponde a um total de 12 questões, ao qual tem de ser respondido um mínimo de 8 questões para que a escala possa ser calculada.^{90,91,94,95}

Os indivíduos são classificados em grau normal, moderado ou grave de acordo com a escala: normal <0.5, moderado ≥0.5 e <1.0, grave ≥1.0.^{30,92}

2.2.2. Avaliação dentária

Para avaliação dentária, foi utilizado o índice CPOD, média de dentes cariados, obturados e perdidos, tendo em atenção os critérios definidos pela OMS (28 dentes, com exclusão dos terceiros molares). Assim, considerou-se:

- Dente são: quando não era clinicamente identificável lesão de cárie, com ou sem tratamento; ainda que ocorresse presença de manchas esbranquiçadas, ou colorações desde que, não apresentasse cavitação ou tecido amolecido à sondagem; foram excluídos deste grupo os dentes com evidência de traumatismos, uma vez que não era possível assegurar a ausência de lesão endodôntica;
- Denteariado: quando era clinicamente visível cavitação ou presença de sulcos com tecido amolecido à sondagem; incluíram-se também neste grupo, os dentes com obturações provisórias, ou dentes obturados com cárie, independentemente de ser uma lesão primária ou recidiva; foram excluídos deste grupo os elementos que por não apresentarem condição de tratamento, face à destruição coronária eram registados como dentes com indicação de extração;
- Dente obturado: quando apresentava uma ou mais restaurações, sem qualquer sinal visível de cárie;
- Dente perdido: quando se verificava a ausência de elementos dentários, quer por cárie, no caso de ser possível assegurar que a perda tinha ocorrido devido a cárie dentária, ou por outro motivo que não cárie, quando não era possível assegurar que esta tivesse sido devida a cárie; foram também incluídos neste grupo os elementos registados com indicação de extração;

De acordo com as orientações da OMS, foram excluídos do cálculo do índice de CPOD os elementos pilares de pontes e os dentes restaurados com coroas fixas, ou apresentando selantes íntegros.

As necessidades de intervenção foram extrapoladas diretamente a partir da avaliação do estado de cada elemento dentário, e foram consideradas as seguintes situações:

- Dente com indicação de extração: elementos dentários que não apresentavam viabilidade de tratamento, quer por elevada destruição coronária, quer por doença periodontal;
- Dente com necessidade de tratamento: dente com lesão de cárie, que apresentasse estrutura suficiente para permitir a restauração; não foram incluídos neste grupo os dentes com pequenos traumatismos de esmalte sem atingimento da dentina;

2.2.3. Perda dentária

Os participantes eram classificados quanto à estética e função mastigatória tendo em consideração os seguintes critérios:

- Perda dentária anterior - compromisso estético: quando se verificava ausência de um ou mais elementos dentários na zona anterior, de canino a canino, na arcada superior ou inferior; não foram considerados os pré-molares na avaliação do compromisso estético;
- Perda dentária posterior – compromisso funcional: avaliação segundo a classe e subclasse de articulação posterior da classificação de Eichner:⁸⁹

Classe A – quatro zonas de contacto posterior:

- A1 - sem perda dentária;
- A2 – perda dentária apenas numa das arcadas;
- A3 – perda dentária em ambas as arcadas;

Classe B – presença de contactos, ainda que parciais:

- B1 – três zonas de suporte;
- B2 – duas zonas de suporte;
- B3 – uma zona de suporte;
- B4 – sem suporte posterior, com contactos a nível anterior;

Classe C – Sem contactos entre arcadas:

- C1 – dentes presentes em ambas as arcadas, sem contactos;
- C2 – dentes presentes apenas numa das arcadas;
- C3 – perda dentária total;

2.2.4. Elementos protéticos

2.2.4.1. Próteses fixas

Foram assinaladas as restaurações de prótese fixa e, no caso de ser necessário, o seu conserto ou substituição.

2.2.4.2. Necessidade de reabilitação oral com prótese dentária

Determinou-se como necessidade de reabilitação oral com recurso a próteses a presença de uma das seguintes condições:

- Compromisso estético por perda dentária anterior, superior ou inferior;
- Compromisso funcional por perda dentária posterior com classificação de Eichner diferente de A;

A ausência dos primeiros pré-molares não foi considerada como compromisso estético, para não ocorrer sobreposição com o compromisso funcional. Os espaços devidamente reabilitados com pontes fixas, sem necessidade de substituição, foram considerados sem necessidade de reabilitação protética.

As necessidades de reabilitação protética foram estabelecidas não com base em alguma filosofia de tratamento dentária, mas sim com base em critérios estritamente clínicos.

2.2.4.3. Estado das próteses dentárias removíveis

A prótese era considerada adequada às necessidades do participante, e sem necessidade de tratamento, sempre que fossem observadas e consideradas adequadas as seguintes condições: dimensão vertical de oclusão (DVO), retenção, estabilidade, ausência de fissuras ou fraturas e número de dentes adequados às perdas do participante.

- DVO: foi considerada adequada por observação do perfil facial do participante, pela posição das comissuras labiais, relaxamento dos músculos labiais e mentonianos, ausência de queilites e de problemas de fonação.

O comportamento dinâmico das próteses removíveis foi avaliado pedindo ao participante que, com a prótese colocada abrisse a boca aproximadamente 3 cm, para observação dos parâmetros de retenção e estabilidade.

A retenção foi avaliada na arcada superior imprimindo com a polpa de dois dedos um suave movimento de vaivém na porção anterior do palato. Na arcada inferior imprimindo uma suave tração nos incisivos e um movimento ligeiro de deslizamento lateral nos caninos. Considerou-se retenção adequada quando durante a abertura da

boca a prótese permanecesse adaptada ainda que a resistência às forças verticais e laterais fosse pequena.

A estabilidade foi avaliada imprimindo uma ligeira pressão com a polpa dos dedos na região dos pré-molares em ambos os lados da prótese. Considerou-se estabilidade suficientemente adequada quando a prótese apresentava pouco balanço nas estruturas de suporte.

2.2.5. Necessidade de tratamento das próteses dentárias presentes

2.2.5.1. Necessidade de prótese na arcada antagonista

Quando apesar do participante necessitar de prótese dentária em ambas as arcadas, apresentava apenas uma delas.

2.2.5.2. Necessidade de reparação

Quando considerados adequados os outros parâmetros, se verificou a presença de fissuras, fraturas, ou número de dentes inadequado às perdas dos pacientes.

2.2.5.3. Necessidade de rebasamento

Quando considerados os outros parâmetros adequados, se verificou que a retenção e a estabilidade não respeitavam os critérios definidos.

2.2.5.4. Necessidade de substituição

Quando a prótese não se apresentava adequada de acordo com os critérios definidos e não se considerava recuperável por reparação ou rebasamento.

2.2.5.5. Necessidade de higienização

Quando eram visíveis depósitos não removíveis por lavagem com água corrente.

2.2.6. Necessidade objetiva de tratamento protético

Considerou-se como necessidade objetiva de tratamento protético a diferença entre o total de próteses consideradas necessárias pelos critérios clínicos e o número de próteses presentes consideradas adequadas.

2.3. Amostra

No dia 23 de Janeiro de 2012, faziam parte da população do EPI 292 reclusos condenados. Todos do sexo masculino, numerados de 1 a 317. Fez-se a randomização dos 317 números, com recurso ao programa “Random Integer Generator”, disponível em <http://www.random.org>.

Desta randomização, foram selecionados os primeiros 73 indivíduos, que se encontravam no EPI, correspondendo a 25.0% da população. Dos indivíduos selecionados, 9 recusaram participar no estudo, e 4 desistiram. Participaram neste estudo 60 indivíduos, 20.7% da população reclusa do EPI, o que corresponde a uma percentagem de resposta de 82.2%.

2.3.1. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão na investigação foram:

- Seleção aleatória do número interno do recluso;
- Presença do recluso no EPI durante o período de recolha de dados;
- Consentimento informado assinado pelo recluso;

Foram excluídos da investigação todos os reclusos que não apresentaram algum dos critérios referidos.

2.3.1.1. Abordagem e convite dos reclusos

Na véspera de cada dia agendado para a recolha de dados, os reclusos cujos números internos foram selecionados, eram chamados à presença da investigadora, em grupos de 2 a 6, para explicação dos propósitos da investigação e convite para participação na mesma. Este processo foi supervisionado pela Adjunta do Diretor, coordenadora da área da educação e saúde do EPI.

Quando o recluso aceitava participar na investigação, era-lhe indicada uma previsão da hora a que seria chamado. No dia e hora agendada era-lhe entregue o documento Explicação do Estudo (Anexo 7), e era-lhe dada oportunidade de colocar questões e dúvidas que permanecessem. De seguida pedia-se que, caso pretendesse participar, assinasse tanto este documento como a Declaração de Consentimento Informado (Anexo 8).

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

3. Resultados

3.1. Caracterização e representatividade da amostra

Os participantes apresentavam idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos, a idade média da amostra foi de 41.53 ± 10.62 anos (Figura 1).

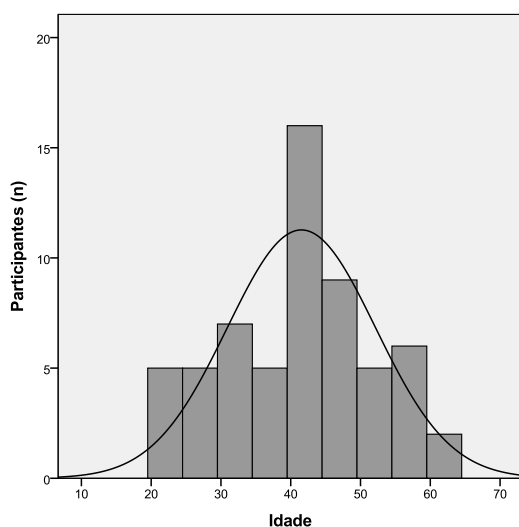


Figura 1. Distribuição dos participantes por idade

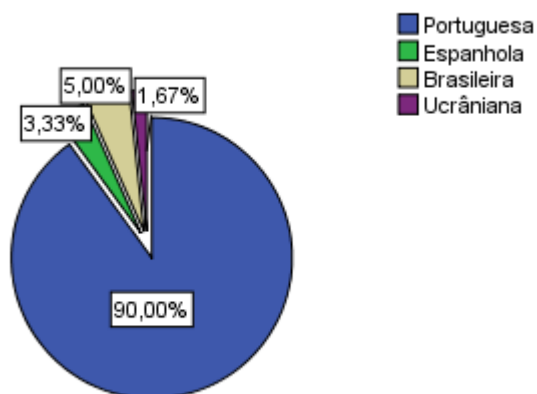


Figura 2. Distribuição dos participantes por Nacionalidade

Como se pode ver na figura 2, 90.00% dos participantes era de Nacionalidade Portuguesa.

O enquadramento dos participantes nas 5 classes socioeconómicas da classificação social internacional de Graffar⁸⁷ revelou que, as classes mais representadas na amostra eram, a Classe III com 46.67% da amostra e, a Classe IV com 41.67%, sendo a menos representada a Classe I com 1.67% (Figura 3).

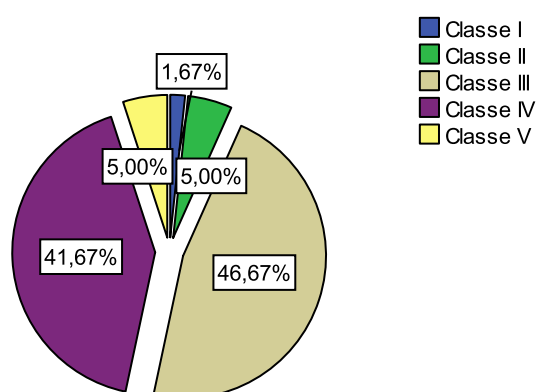


Figura 3. Distribuição dos participantes por classes socioeconómicas, Índice de Graffar

Em relação ao Estado Civil, 51.67% dos participantes eram solteiros e 35.00% divorciados, ocorrendo outros estados civis em número reduzido, como podemos verificar pela observação da Figura 4.

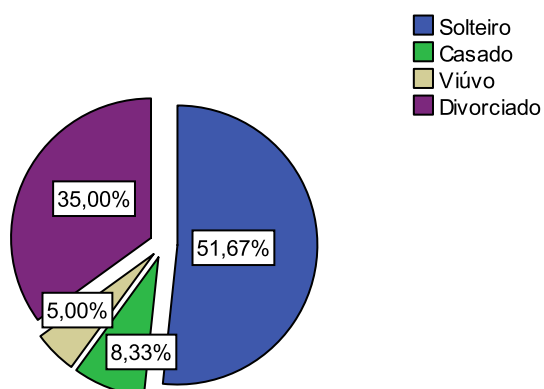


Figura 4. Distribuição dos participantes por estado civil

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Avaliou-se a representatividade da amostra relativamente à população do EPI, analisando a proporção de participantes segundo classe etária, nacionalidade e distrito de residência, de acordo com os dados estatísticos disponibilizados pelos recursos humanos do EPI, referentes ao mês de Fevereiro de 2012. Para tal aplicou-se o teste de aderência do Qui-quadrado, para avaliar a distribuição dos participantes por cada uma destas variáveis, tendo em conta a percentagem conhecida de reclusos do EPI com essas características.

Categorizou-se a variável idade pelas classes etárias representadas no EPI e, verificou-se pela aplicação do teste de aderência do Qui-quadrado, que não existiam evidências estatísticas para se afirmar que a distribuição dos participantes da amostra pelas classes etárias não fosse representativa da população do EPI, já que não existiam diferenças significativas entre o observado e o que se conhecia da população (Quadro 1).

Quadro 1. Proporção de participantes segundo a classe etária relativamente à população do Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI)

	n Observados	n Esperados	Residual
21-30	10	10.3	-0.3
31-40	14	21.5	-7.5
41-50	24	18.8	5.2
51-60	10	7.1	2.9
61-70	2	2.2	-0.2
Total	60		

n – número de indivíduos; $\chi^2 = 5.309$; $p = 0.249$.

O mesmo não se verificou, relativamente à população prisional masculina portuguesa. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=20.012$; $p=0.002$, $p<0.05$) na proporção das classes etárias, prevalecendo no EPI as classes mais velhas, a partir dos 40 anos, ao contrário do que sucede a nível nacional.

Relativamente à nacionalidade dos participantes, verificou-se que não existiam evidências estatísticas para afirmar que a amostra não fosse representativa da população do EPI, uma vez que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição da nacionalidade esperada e a observada (Quadro 2).

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 2. Proporção de participantes segundo a nacionalidade relativamente à população do Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI)

	n Observados	n Esperados	Residual
Português	54	57.4	-3.4
Espanhol	2	1.1	0.9
Brasileiro	3	1.1	1.9
Ucraniano	1	0.4	0.6
Total	60		

n – número de indivíduos; $\chi^2 = 5.328$; p = 0.136.

Quanto ao distrito de residência dos participantes, verificou-se também a inexistência de diferenças significativas entre a distribuição dos participantes observados e os esperados (Quadro 3).

Quadro 3. Proporção de participantes segundo o Distrito de residência relativamente à população do Estabelecimento Prisional Central de Izeda (EPI)

	n Observados	n Esperados	Residual
Aveiro	6	6.0	0.0
Braga	11	7.6	3.4
Bragança	12	12.6	-0.6
Guarda	1	1.4	-0.4
Leiria	1	0.2	0.8
Porto	18	19.7	-1.7
Viana do Castelo	5	3.0	2.0
Vila Real	2	5.0	-3.0
São Miguel Açores	1	1.4	-0.4
Total	57		

n – número de indivíduos; $\chi^2 = 7.361$; p = 0.468.

Assim, pode garantir-se a representatividade da amostra, relativamente à população prisional do EPI quanto a características socioeconómicas como classe etária, nacionalidade e distrito de residência.

3.1.1. Divisão e caracterização de grupos

Conhecida a elevada prevalência de indivíduos com consumo, ou história de consumo de substâncias ilícitas no meio prisional, e considerados os comportamentos de risco deste grupo relativamente à saúde oral, procedeu-se à distribuição dos participantes por dois grupos, consoante tivessem ou não história de consumo de substâncias ilícitas. Fizeram parte do grupo “com história de consumo de substâncias ilícitas” 55.0% (n=33)

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

dos participantes, ficando os restantes 45.0% (n=27), no grupo “sem história de consumo de substâncias ilícitas”.

A caracterização dos grupos fez-se pela análise estatística de características socioeconómicas, estado de saúde e hábitos tabágicos, de acordo com o Quadro 4.

Quadro 4. Pesquisa de diferenças estatisticamente significativas, entre grupos

Variável	Teste estatístico χ^2	Valor de p
Nacionalidade	3.434	0.441
Distrito de residência	12.284	0.910
Classe etária	13.093	*0.017
Classe socioeconómica	1.441	0.980
Patologia	0.197	0.795
Terapêutica	0.035	1.000
Hábitos tabágicos	11.680	*0.001

χ^2 - Qui-Quadrado; p – valor estatístico do teste; * - diferenças estatisticamente significativas.

Pela observação do Quadro 4, verifica-se que, relativamente às variáveis estudadas, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na distribuição por classes etárias e nos hábitos tabágicos. Verificou-se um predomínio das classes etárias mais novas no grupo “com história de consumo de substâncias ilícitas”, a que correspondeu uma média de 37.27 ± 10.08 anos, ao contrário do que aconteceu no outro grupo, onde a média de idade foi de 46.74 ± 8.92 anos (Quadro 5).

Quadro 5. Distribuição de participantes sem e com história de consumo de substâncias ilícitas por classes etárias

Classes etárias	História de consumo de substâncias ilícitas		Total
	Não	Sim	
20-24	1 1.7%	4 6.7%	5 8.3%
25-29	0 0.0%	5 8.3%	5 8.3%
30-34	1 1.7%	6 10.0%	7 11.7%
35-44	10 16.7%	11 18.3%	21 35.0%
45-54	9 15.0%	5 8.3%	14 23.3%
55-64	6 10.0%	2 3.3%	8 13.3%
Total	27 45.0%	33 55.0%	60 100.0%

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Relativamente aos hábitos tabágicos verificou-se uma prevalência muito superior no grupo “com história de consumo de substâncias ilícitas”, tal como podemos observar no Quadro 6.

Quadro 6. Hábitos tabágicos de participantes sem e com história de consumo de substâncias ilícitas

Hábitos tabágicos	História de consumo de substâncias ilícitas		
	Não	Sim	Total
Não, nunca fumou	4 6.7%	0 0.0%	4 6.7%
Ex-fumador	6 10.0%	1 1.7%	7 11.7%
Fumador	17 28.3%	32 53.3%	49 81.7%
Total	27 45.0%	33 55.0%	60 100.0%

3.2. Situação de reclusão

A idade do participante quando foi preso pela primeira vez, variável denominada como idade de 1ª prisão, variou entre os 16 e os 59 anos, apresentando como valor médio 32.02 ± 11.51 anos de idade. A análise de quartis permitiu ainda verificar que 50.0% da amostra foi presa pela primeira vez até aos 28 anos de idade. O número de vezes que cada participante foi preso variou entre 1 e 5, com média de 1.85 ± 1.07 vezes, 50.0% da amostra foi presa uma só vez. O tempo de pena cumprida, até ao momento da entrevista, variou entre 0 a 18 anos, com média de 6.23 ± 4.10 anos de pena cumprida, a análise de quartis mostrou que apenas 25.0% da amostra cumpriu mais de 8.75 anos de pena (Quadro 7).

Quadro 7. Caracterização da situação de reclusão dos participantes

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Percentis		
					25	50	75
Idade de 1ª Prisão (anos)	16	59	32.02	11.51	22.25	28.00	3.00
Nº Prisões	1	5	1.85	1.07	1.00	1.00	5.00
Pena cumprida (anos)	0	18	6.23	4.10	3.00	5.00	8.75

DP – Desvio padrão.

Até ao decorrer da investigação, 78.0% dos participantes mantinham algum tipo de atividade ocupacional no EPI, fosse a nível de trabalho ou de frequência de curso ou grau de literacia.

3.3. Consumo de substâncias psicoativas

3.3.1. Hábitos tabágicos

A maioria dos participantes, 81.67% era fumador, e apenas 6.67% nunca tinha fumado (Figura 5). Entre fumadores a média de cigarros dia era de 19.98 ± 12.63 , sendo o número mínimo 0 e o máximo 60 cigarros por dia.

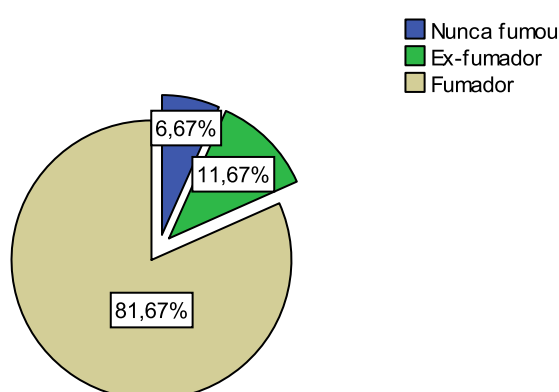


Figura 5. Hábitos tabágicos dos participantes

3.3.2. História de consumo de substâncias ilícitas

Em relação ao consumo de substâncias ilícitas, 55.0% da amostra afirmou já ter consumido algum tipo de substância ilícita. O período de consumo mínimo referido foi de 2 anos, enquanto o período máximo foi de 36 anos, sendo a média de 14.7 ± 8.53 anos de consumo.

Entre as substâncias ilícitas referidas pelos participantes, as mais consumidas foram os canabinóides (27.9%), a cocaína (26.0%) e a heroína (24.0%). Dos participantes com história de consumo de substâncias ilícitas, 87.9% consumiram canabinóides, 81.8% cocaína, 75.8% heroína, como se pode observar no Quadro 8.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 8. Substâncias ilícitas que já foram consumidas pelos participantes

	História de consumo de substâncias ilícitas	
	Por substância ilícita	Por participantes
Canabinóides	27.9%	87.9%
Cocaína	26.0%	81.8%
Heroína	24.0%	75.8%
Anfetaminas	9.6%	30.3%
Ecstasy	6.7%	21.2%
Outras	5.8%	18.2%
Total	100%	315.2%

Durante o decorrer da investigação, 24.2% dos participantes com história de consumo de substâncias ilícitas encontravam-se no programa de reabilitação com Metadona.

3.4. Saúde geral

A opinião dos participantes relativamente à sua saúde geral verificou-se positiva, como se observa na Figura 6, tal como a sua opinião quanto à forma como cuidavam da sua saúde em geral (Figura 7).

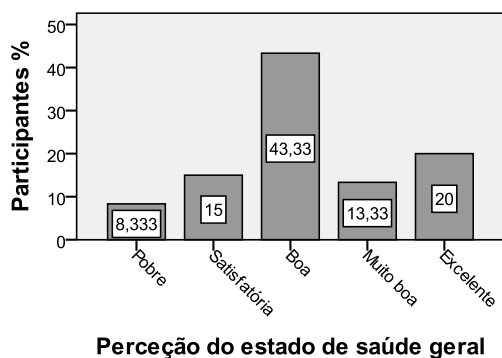


Figura 6. Opinião dos participantes relativamente ao seu estado de saúde geral

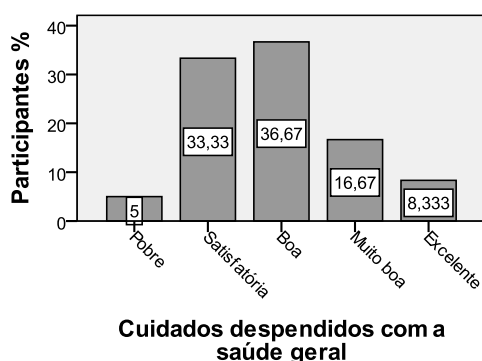


Figura 7. Opinião dos participantes relativamente à forma como cuidam da sua saúde geral

Relativamente à saúde geral, 55.0% da amostra referiu ter-lhe sido diagnosticado algum tipo de patologia. Pela observação do quadro verifica-se que a patologia mais frequentemente referida foi a hepatite, atingindo 54.5% dos participantes com patologia. As doenças infecciosas, no seu conjunto, afetavam 75.7% dos participantes com patologia, enquanto as doenças do foro psiquiátrico no seu conjunto não excediam os 36.4% (Quadro 9).

Quadro 9. Prevalência de patologia diagnosticada

	Prevalência de patologia na amostra	
	Por patologia	Por participante
Esquizofrenia	1.8%	3.0%
Epilepsia	8.9%	15.2%
Depressão	10.7%	18.2%
VIH/SIDA	12.5%	21.2%
Hepatite	32.1%	54.5%
Diabetes	7.1%	12.1%
Doença cardíaca	10.7%	18.2%
Outras	16.1%	27.3%
Total	100.0%	169.7%

Quando questionados sobre a toma de medicação regular, prescrita por profissionais de saúde, 61.7% da amostra referiu fazer algum tipo de medicação regularmente.

Entre a medicação de toma regular, prescrita por profissionais de saúde, 71.1% era relativa a doenças do foro psiquiátrico. Entre estas, as mais prescritas eram os ansiolíticos e os antidepressivos, como é possível observar no Quadro 10.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 10. Medicação de toma regular prescrita por profissionais de saúde

Medicação		
Medicação psiquiátrica		71.1%
Outra medicação não psiquiátrica		28.9%
Total		100.0%

Medicação psiquiátrica mais frequente	Por medicamento	Por participante
Antidepressivos	20.3%	38.2%
Ansiolíticos	50.0%	94.1%
Anti psicóticos	14.1%	26.5%
Antiepiléticos	12.5%	23.5%
Anti parkinsónicos	3.1%	5.9%
Total	100.0%	188.2%

3.5. Saúde oral

3.5.1. Relação da amostra com a saúde oral

Relativamente à opinião sobre a sua saúde oral, 38.33% da amostra considerou-a satisfatória, 28.33% considerou-a pobre e, 25.00% boa (Figura 8). Quanto à forma como cuidam da sua saúde oral, 31.67% considerou-a pobre, 28.33% satisfatória e 26.67% boa (Figura 9).

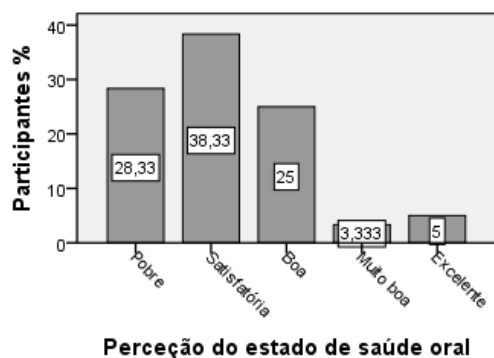


Figura 8. Opinião dos participantes relativamente ao estado da sua saúde oral

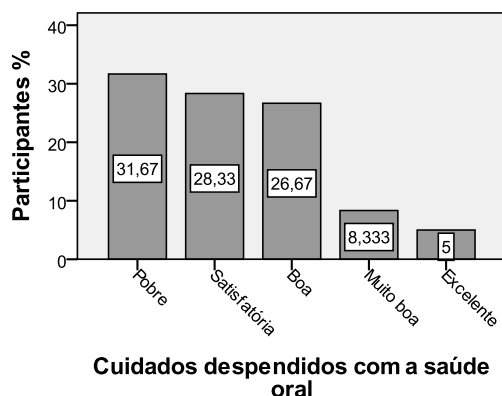


Figura 9. Opinião dos participantes relativamente à forma como cuidam da sua saúde oral

Hábitos de higiene oral

Relativamente ao hábito de escovagem dentária, 20.0% da amostra referiu não escovar os dentes, 30.0% referiu fazê-lo às vezes e 50.0% referiu escovar os dentes diariamente. Entre os participantes que escovavam os dentes diariamente, obteve-se uma média de 1.97 ± 0.67 escovagens diárias. Refira-se que, 23.3% escovava apenas uma vez por dia, a maioria 56.7% escovava duas vezes por dia, e 20.0% escovava 3 vezes por dia.

Utilização de serviços de Medicina Dentária, antes de ser preso.

Antes de serem presos, utilizaram serviços de Medicina Dentária 81.7% dos participantes, 18.3% nunca os tinham utilizado.

Frequência de utilização de serviços de Medicina Dentária

Dos participantes, que utilizavam os serviços de Medicina Dentária, antes de serem presos, 22.4% faziam-no regularmente, 10.2% pelo menos uma vez por ano e 67.3% só mesmo em caso de dor.

Principal motivo pelo qual não utilizavam os serviços de Medicina Dentária, ou só o faziam em caso de dor.

Os indivíduos que não utilizavam os serviços de Medicina Dentária, ou que só o faziam em caso de dor 71.7%, apontaram como principais motivos “não considerar necessário fazê-lo”, “consultas caras” e “medo ou ansiedade”, (Figura 10). Relativamente a este assunto, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas, $\chi^2=8.66$, $p=0.02$ ($p<0.05$). Entre os indivíduos que apontaram como motivo “as consultas caras”, 20.9% apresentavam história de consumo de substâncias ilícitas, enquanto apenas 7.0% dos participantes

sem história de consumo de substâncias ilícitas apontaram esse motivo. Também o motivo medo ou ansiedade apresentou diferenças entre estes dois grupos, sendo bastante superior entre indivíduos sem consumo de substâncias ilícitas, 16.3% para 2.3%.

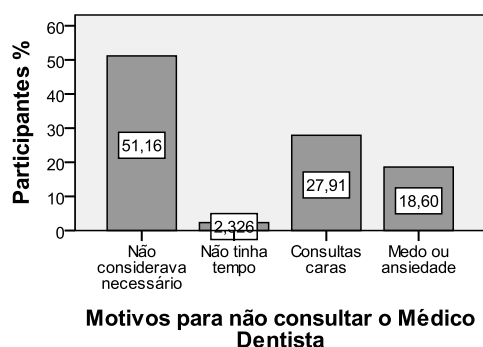


Figura 10. Principais motivos para a não utilização de serviços de Medicina Dentária antes da prisão

Utilização de serviços de Medicina Dentária em EP.

Questionados quanto à utilização dos serviços de Medicina Dentária em EP, 81.7% dos participantes referiram já o ter feito, enquanto 18.3%, nunca utilizaram estes serviços.

Entre os indivíduos que nunca consultaram serviços de Medicina Dentária antes de serem presos e, os que nunca o fizeram em EP, verificou-se haver coincidência de resposta de um indivíduo, ver Quadro 11.

Quadro 11. Utilização de serviços de Medicina Dentária pelos participantes, antes e depois de serem presos

Utilização de serviços de Medicina Dentária		Estabelecimentos Prisionais		Total
		Não	Sim	
Antes da prisão	Não	1	10	11
	Sim	10	39	49
Total		11	49	60

De seguida verificou-se que este mesmo indivíduo, de 52 anos de idade, não apresentava qualquer tratamento dentário, apresentando no entanto perda dentária de 7 elementos (apontados em exame clínico como ausentes), e indicação de extração de 3 elementos por cárie dentária.

Motivo de utilização dos serviços de Medicina Dentária em EP

Entre os participantes que referiram já ter utilizado os serviços de Medicina Dentária em EP, 81.7% referiram como motivos para a sua utilização ter dor 38.8%, dar continuidade a tratamentos 36.7% e consulta de avaliação 24.5%.

Principal motivo pelo qual não utilizou os serviços de Medicina Dentária em EP, ou só o fez em caso de dor.

Os indivíduos que não utilizaram os serviços de Medicina Dentária em EP, ou que só o fizeram em caso de dor 46.7%, apontaram como principais motivos a lista de espera longa e não considerar necessário fazê-lo (Figura 11). Neste caso, não foram encontradas diferenças entre indivíduos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas, $\chi^2=1.10$, $p=0.95$ ($p>0.05$).

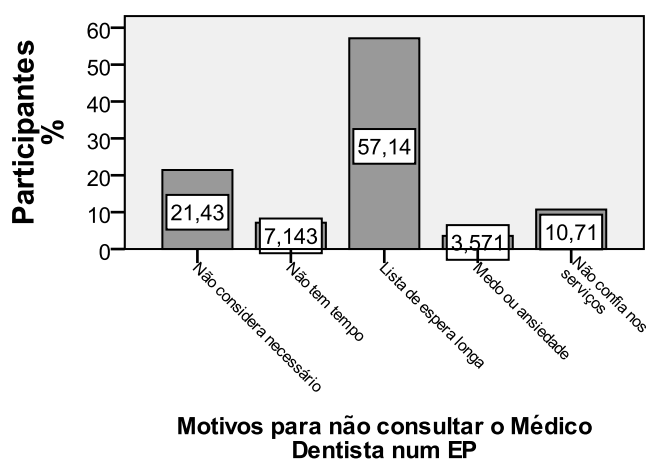


Figura 11. Principais motivos para a não utilização de serviços de Medicina Dentária nos Estabelecimentos Prisionais

3.5.2. Distúrbios temporomandibulares

Quando questionados sobre sintomas relacionados com a presença de DTM 96.7% dos participantes referiram apresentar algum destes sintomas. Desses, 22.4% referiram sentir apenas um dos sintomas questionados, enquanto os restantes 77.6% referiram dois ou mais sintomas de DTM. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas quanto ao relato de um ou mais sintomas de DTM, $\chi^2=0.441$, $p=0.546$ ($p>0.05$), (Quadro 12).

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 12. Número de sintomas de Distúrbios temporomandibulares (DTM), referidos pelos participantes por grupos, sem e com história de consumo de substâncias ilícitas

Nº de sintomas de DTM		História de consumo de substâncias ilícitas		Total
		Não	Sim	
Um sintoma	n	5	8	13
	%	18.5	25.8	22.4
Mais de um sintoma	n	22	23	45
	%	81.5	74.2	77.6
Total	n	27	31	58
	%	100.0	100.0	100.0

n – número de observações; % - percentagem de indivíduos; χ^2 - Qui-Quadrado; p – valor estatístico do teste;
História de consumo de substâncias ilícitas: não versus sim. Nº de sintomas de DTM: $\chi^2=0.441$; $p=0.546$.

Observando a Figura 12, pode verificar-se que o sintoma mais frequente em ambos os grupos, referido por 56.7% dos participantes é “Cefaleias”, seguido de “Estalido” por 51.7%. O sintoma “Dor ou rigidez matinal” foi o menos referido em ambos os grupos, o que ocorreu em 11.7% dos participantes. Não é possível afirmar que existam diferenças estatisticamente significativas na referência dos sintomas pelos participantes dos grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas, já que em todas as situações o valor de p foi superior a 0.05.

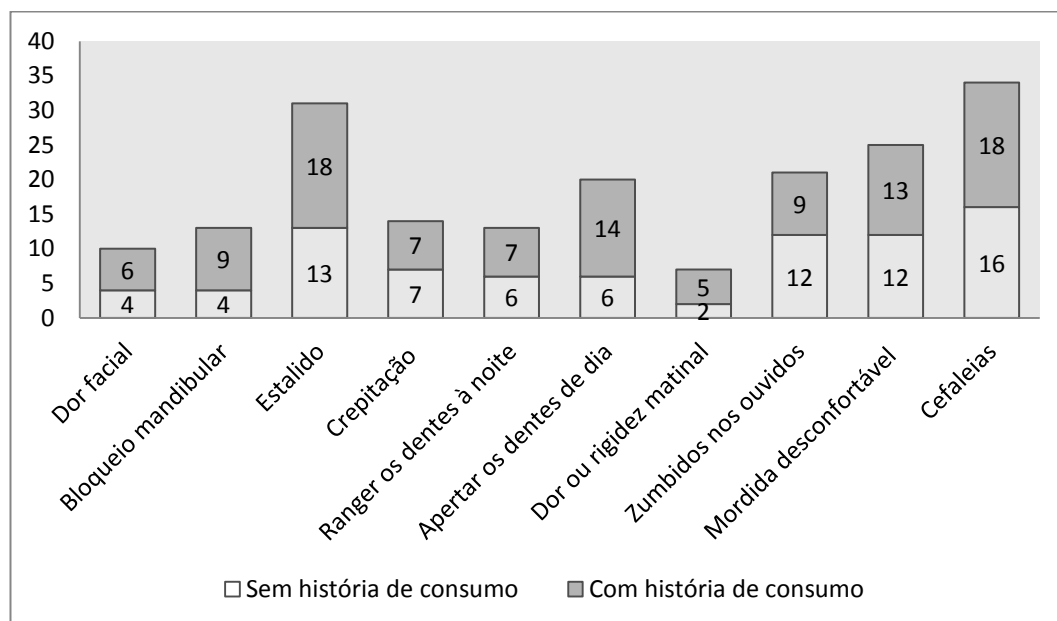


Figura 12. Sintomas de Distúrbios temporomandibulares (DTM) referidos pelos participantes, por grupo sem e com história de consumo de substâncias ilícitas

χ^2 - Qui-Quadrado; p – valor estatístico do teste;

História de consumo de substâncias ilícitas: não versus sim. Dor facial: 16.7%; $\chi^2=0.121$; $p=1.000$;

Bloqueio mandibular: 21.7%; $\chi^2=1.358$; $p=0.348$; Estalido: 51.7%; $\chi^2=0.243$; $p=0.796$;

Crepitação: 23.3%; $\chi^2=0.184$; $p=0.763$; Ranger os dentes à noite: 21.7%; $\chi^2=0.009$; $p=1.000$;

Apertar os dentes de dia: 33.3%; $\chi^2=2.727$; $p=0.168$; Dor ou rigidez matinal: 11.7%; $\chi^2=0.864$; $p=0.442$; Zumbidos nos

ouvidos: 35.0%; $\chi^2=1.925$; $p=0.186$; Mordida desconfortável: 41.7%; $\chi^2=0.156$; $p=0.794$;

Cefaleias: 56.7%; $\chi^2=0.134$; $p=0.796$.

A análise do *axis I* do RDC/TMD evidência que apenas 26.7% da amostra pode ser enquadrada nos grupos de diagnóstico deste exame. Destes 37.5% apresentam diagnóstico de “Grupo II - Deslocamento do Disco”, 31.3% “Grupo I e Grupo III (GI+GIII) – Diagnóstico múltiplo”, 18.8% “Grupo I – Distúrbios Musculares”, e 12.5% “Grupo III – Outras condições articulares”. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que indiquem que os DTM tenham prevalência diferente entre os grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas, $\chi^2=2.500$; $p=0.539$ ($p>0.05$) Quadro 13.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 13. Diagnóstico de grupo, segundo o *axis I* do Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD), por grupo de participantes, sem e com história de consumo de substâncias ilícitas

		História de consumo de substâncias ilícitas			
		Não	Sim	n Total	% RDC/TMD
RDC/TMD	Distúrbios Musculares	1	2	3	5.0
	Deslocamentos do Disco	5	1	6	10.0
	Outras condições articulares	1	1	2	3.3
	Diagnóstico múltiplo (GI+GIII)	4	1	5	8.3
Total		11	5	16	26.7
	Sem diagnóstico de grupo	16	28	44	73.3
Total				60	100.0

n – número de observações; % - percentagem de indivíduos na amostra; % RDC/TMD – percentagem de indivíduos com diagnóstico de grupo; χ^2 - Qui-Quadrado; p – valor estatístico do teste; Diagnóstico múltiplo (GI+GIII) – indivíduos com diagnóstico de grupo I - distúrbios musculares e grupo III – outras condições articulares;

História de consumo de substâncias ilícitas: não versus sim. Diagnóstico de grupo RDC/TMD: $\chi^2=2.500$; $p=0.539$;

Como se pode verificar no Quadro 14, a avaliação dos parâmetros biopsicossociais segundo o *axis II* do RDC/TMD revelou presença de dor crónica em 16.7% da amostra, sendo que o grau mais elevado de dor, Grau III foi diagnosticado apenas em indivíduos com história de consumo de substâncias ilícitas. O grau de dor crónica com maior prevalência entre os indivíduos que sofriam desta condição foi o Grau II, atingindo 60.0% destes indivíduos, dos quais dois terços sem história de consumo de substância ilícitas.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 14. Avaliação biopsicossocial segundo o *axis II* do Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD), por grupo de participantes, sem e com história de consumo de substâncias ilícitas

		História de consumo de substâncias ilícitas				
		Não	Sim	n Total	%Amostra	%RDC/TMD
Dor crónica	Grau I	1	1	2	3.3	20.0
	Grau II	4	2	6	10.0	60.0
	Grau III	0	2	2	3.3	20.0
Total		5	5	10	16.7	100.0
	Grau 0	22	28	50	83.3	
Depressão	Moderado	8	9	17	28.3	43.6
	Grave	8	14	22	36.7	56.4
Total		16	23	39	65.0	100.0
	Normal	11	10	21	35.0	
Somatização	Moderado	5	7	12	20.0	46.2
	Grave	5	9	14	23.3	53.8
Total		10	16	26	43.3	100.0
	Normal	17	17	34	56.7	

n – número de observações; % - percentagem de indivíduos na amostra; % RDC/TMD – percentagem de indivíduos com diagnóstico segundo o RDC/TMD; χ^2 - Qui-Quadrado; p – valor estatístico do teste; História de consumo de substâncias ilícitas: não versus sim. Avaliação biopsicossocial axis II RDC/TMD: Dor Crónica: $\chi^2=2.815$; $p=0.524$; Depressão: $\chi^2=1.154$; $p=0.581$; Somatização: $\chi^2=0.885$; $p=0.686$;

No mesmo quadro, é também possível observar que a depressão afetava 65% da amostra. Sendo que 56.4% destes indivíduos se incluíam no quadro de depressão grave, e entre estes 63.6% (n=14) eram indivíduos com história de consumo de substâncias ilícitas.

Quanto ao fenómeno de somatização, verifica-se pela análise do mesmo quadro que 43.3% da amostra apresentava sintomas físicos não específicos acima do normal. Entre estes, a maioria 53.8%, foi classificada com grau grave de somatização, sendo que os indivíduos com história de consumo de substâncias ilícitas representavam quase o dobro relativamente aos indivíduos sem história de consumo. Os restantes indivíduos classificados com grau moderado apresentavam igualmente maior representação entre os indivíduos com história de consumo de substâncias ilícitas.

Apesar das diferenças observadas na classificação dos indivíduos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas, pelos parâmetros biopsicossociais não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) que permitam afirmar que estas diferenças existem entre os grupos.

3.5.3. Avaliação dentária

A média do CPOD da amostra é 15.47 ± 7.86 , variou entre o mínimo de 0, todos os dentes saudáveis e o máximo de 1, todos os dentes afetados por algum dos componentes de CPOD. O componente com maior peso, neste índice foi o componente P de perdidos, atingindo o valor médio de 11.55 ± 7.80 , seguido do componente C de cariados, com valor médio de 2.83 ± 2.47 e por fim o componente O de obturados, de valor médio 1.08 ± 1.90 . A média de dentes saudáveis foi de 12.25 ± 7.68 (Quadro 15).

Quadro 15. Estatística descritiva de parâmetros de avaliação do estado dentário dos participantes

Nº de dentes	Mínimo	Máximo	Média	DP
CPOD	0	28	15.47	7.86
Cariados	0	11	2.83	2.47
Perdidos	0	28	11.55	7.80
Obturados	0	11	1.08	1.90
Saudáveis	0	28	12.25	7.68

CPOD - Índice de cariados, perdidos e obturados por dente; DP – desvio padrão.

A análise de frequências de CPOD revelou que apenas 1 participante apresentava valor 0 para este índice, ou seja, apresentava todos os dentes presentes na arcada e saudáveis. Por outro lado, 5 participantes apresentam todos os dentes da arcada afetados por algum dos componentes de CPOD. Assim, verificou-se que 98.3% da amostra apresentava CPOD diferente de zero.

A análise do componente C mostra que variou entre um mínimo de 0 e um máximo de 11 dentes cariados. Não apresentavam cárie dentária 8 participantes, 14 indivíduos apresentavam pelo menos 1 denteariado, e 1 indivíduo apresentava o máximo de 11 dentes cariados. A prevalência de cárie dentária foi de 86.7%. O componente P, perdidos, variou entre o valor mínimo de 0, correspondente a 4 indivíduos, e o valor máximo de 28 dentes, ou seja, perda dentária total, verificada em 3 indivíduos. Atingiu 93.3% da amostra. O componente O, obturado, apresentava uma variação entre o valor mínimo 0 e o máximo de 11 dentes obturados. Não apresentavam nenhum dente obturado 35 indivíduos, 6 indivíduos apresentavam pelo menos 1 dente obturado e 1 indivíduo apresentava o máximo de 11 dentes obturados. Assim, 41.7% da amostra apresentava dentes obturados.

Relativamente ao número de dentes saudáveis, este variou entre o mínimo de 0 dentes saudáveis, que atingiu 8.3% (n=5) dos participantes, e um máximo de 28 dentes saudáveis, verificado apenas num participante, 1.7% da amostra.

O Quadro 16 mostra a avaliação do índice de CPOD e dos seus componentes pelos grupos. Pode verificar-se que existem diferenças estatisticamente significativas na média de CPOD entre os dois grupos, (teste $t=-3.054$, $p=0.003$), e que esta média é

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

superior nos indivíduos do grupo com história de consumo de substâncias ilícitas, (12.26 ± 7.54 versus 18.09 ± 7.20).

Quadro 16. Comparação do CPOD e dos seus componentes entre grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas

História de consumo de substâncias ilícitas	CPOD		Cariados		Perdidos		Obturados	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	*12.26	*18.09	2.15	3.39	9.59	13.15	0.52	1.55
Desvio Padrão	7.54	7.20	1.81	2.81	7.14	8.06	0.85	2.36
Mínimo	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	26.00	28.00	7.00	11.00	23.00	28.00	3.00	11.00

CPOD - Índice de cariados, perdidos e obturados por dente; U- Teste de Mann-Whitney U; p – valor estatístico do teste; * - diferenças estatisticamente significativas; História de consumo de substâncias ilícitas: não versus sim, por: CPOD: teste $t = -3.054$; $p = 0.003$; Cariados: $U = 337.0$; $p = 0.103$; Perdidos: teste $t = -1.791$; $p = 0.079$; Obturados: $U = 354.0$; $p = 0.129$;

Uma vez que os grupos apresentavam diferenças estatisticamente significativas quanto aos hábitos tabágicos, houve necessidade de avaliar se os hábitos tabágicos poderiam atuar como fator de confusão. Assim procedeu-se à análise de covariância (ANCOVA) e verificou-se que subtraindo o efeito dos hábitos tabágicos se mantinha uma relação estatisticamente significativa entre o consumo de substâncias ilícitas e o CPOD, ($p = 0.033$, $p < 0.05$).

3.5.3.1. Perda dentária anterior – compromisso estético

Verifica-se perda dentária anterior, com compromisso estético, em 65.0% da amostra, 39 indivíduos. Cinco indivíduos apresentam pelo menos perda de 1 dente anterior e 4 indivíduos apresentam perda total de dentes anteriores, 12 dentes. A média de dentes anteriores perdidos é de 3.37 ± 3.66 , sendo que este valor assume maior expressão na arcada superior 2.52 ± 2.48 , relativamente à inferior. Destes 39 indivíduos, 23 apresentavam perda dentária anterior na arcada superior, 2 na arcada inferior e 14 perda dentária anterior em ambas as arcadas, (Quadro 17).

Quadro 17. Perda dentária anterior, com compromisso estético por arcada dentária

Perda dentária anterior arcada superior				
		Não	Sim	Total
Perda dentária anterior arcada inferior	Não	21	23	44
		35.0%	38.3%	73.3%
	Sim	2	14	16
		3.3%	23.3%	26.7%
Total		23	37	60
		38.3%	61.7%	100.0%

3.5.3.2. Classificação de Eichner

A perda dentária com compromisso funcional atingiu 83.4% da amostra, 66.7% apresentou compromisso parcial, e 16.7% apresentou compromisso total da função mastigatória. O Quadro 18 revela que as classes de Eichner mais representadas foram a B1, a B2 e a B4, indicativas de grau de compromisso parcial da função mastigatória. Apresentavam todos os dentes presentes na arcada 6.7% (n=4) dos participantes, enquanto 5.0% (n=3) apresentavam perda dentária total.

Quadro 18. Avaliação da perda dentária na amostra por classe e subclasse de articulação posterior da classificação de Eichner

Classificação Eichner	n	%
A1 Sem perda dentária	4	6.7
A2 Perda dentária apenas numa das arcadas	3	5.0
A3 Perda dentária em ambas as arcadas	3	5.0
B1 Três zonas de suporte	12	20.0
B2 Duas zonas de suporte	12	20.0
B3 Uma zona de suporte	4	6.7
B4 Sem suporte posterior, com contactos a nível anterior	12	20.0
C1 Dentes presentes em ambas as arcadas, sem contactos	4	6.7
C2 Dentes presentes apenas numa das arcadas	3	5.0
C3 Perda dentária total	3	5.0
Total	60	100.0

n – número de observações; % - percentagem de indivíduos;

3.5.4. Elementos protéticos**3.5.4.1. Próteses fixas**

Apresentavam elementos de prótese fixa apenas 2 indivíduos. Um deles apresentava uma coroa unitária, o outro uma ponte de 4 elementos. Ambos nos sectores posteriores e sem necessidade de tratamento ou substituição.

3.5.4.2. Próteses dentárias removíveis

Referiram possuir próteses dentárias removíveis 23.3% (n=14) dos indivíduos. Destes, 12 indivíduos referiram usa-las, um referiu usar apenas uma delas e outro não a usar, ainda que ambos apresentassem comprometimento estético e funcional total.

Relativamente à aquisição das referidas próteses, seis dos indivíduos adquiriram-nas em liberdade, sete em EP, e um numa clinica privada mas em situação de reclusão. Entre os indivíduos que utilizam as próteses que têm, usam essas mesmas próteses em média há

7.58±4.52 anos, sendo que o indivíduo que usa há menos tempo, fá-lo há 3 anos, e o que a usa há mais tempo fá-lo há 19 anos.

Em exame clínico, verificou-se que os indivíduos que não usavam prótese ainda que as tivessem, ambos apresentavam comprometimento estético. Apresentavam próteses removíveis 13 indivíduos, sendo que 4 apresentavam ambas as arcadas reabilitadas e 9 apresentavam prótese apenas na arcada superior (Quadro 19).

Quadro 19. Próteses dentárias removíveis avaliadas no exame clínico, por necessidade de reabilitação de arcadas com prótese

		Presença prótese dentária			Total
		Não	Arcada superior	Ambas as arcadas	
Necessidade de prótese por arcada	Ambas as arcadas	24	7	4	35
	Arcada superior	8	2	0	10
	Arcada inferior	6	0	0	6
Total		38	9	4	51

3.6. Necessidade de reabilitação oral

3.6.1. Necessidade de intervenção dentária

Calculou-se a necessidade de tratamento dentário com base no número de dentes cariados, sem indicação de extração. Verificou-se que 86.7% da amostra apresentava necessidade de tratamento dentário. O número médio de dentes com necessidade de tratamento, entre estes indivíduos foi 3.27±2.37, sendo que 23.3% (n=14) dos indivíduos apresentam pelo menos um dente com necessidade de tratamento, e um indivíduo apresenta o máximo de 11 dentes com necessidade de tratamento. A análise de quartis mostra que 50.0% da amostra apresenta até 2 dentes com necessidade de tratamento, 25.0% entre 2 e 5 dentes, e os outros 25.0% entre 5 e 11 dentes com necessidade de tratamento. Podemos ver pela análise do Quadro 21 que cerca de 40.0% da amostra apresentava necessidade de tratamento em mais de 2 dentes.

Apresentavam dentes com indicação de extração, por cárie dentária ou doença periodontal, 50.0% da amostra. Entre estes indivíduos o número médio de dentes com extração indicada foi de 3.63±2.61, sendo o número mínimo 1 dente, em 7 indivíduos e o máximo 11 dentes num 1 indivíduo. Pela análise do Quadro 20 pode observar-se que 30.0% da amostra apresenta necessidade de extração de 3 ou mais dentes.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 20. Necessidade de intervenção dentária na amostra

Necessidade de tratamento		Média	DP	Mínimo	Máximo
Número de dentes		3.27	2.37	1	11
	n	%	%Cárie		
1	14	23.3	26.9		
2	14	23.3	26.9		
>2	24	40.1	46.2		
Total	52	86.7	100.0		
Sem indicação	8	13.3			
Total	60	100.0			

Necessidade de extração		Média	DP	Mínimo	Máximo
Número de dentes		3.63	2.61	1	11
	n	%	%Cárie		
1	7	11.7	23.3		
2	5	8.3	16.7		
>2	18	30.0	60.0		
Total	30	50.0	100.0		
Sem indicação	30	50.0			
Total	60	100.0			

n – número de observações; % – percentagem de indivíduos na amostra; %Cárie – percentagem entre os indivíduos com cárie; DP – desvio padrão; Sem indicação – pacientes sem indicação de tratamento ou de extração dentária;

3.6.2. Necessidade de reabilitação oral com próteses dentárias

Determinou-se como necessidade de reabilitação oral com recurso a próteses a presença de uma das seguintes condições: perda dentária anterior ou classificação de Eichner diferente de A. Nestas condições apresentava-se 85.0% da amostra (n=51), sendo que 1 indivíduo apresentava necessidade de prótese por perda dentária anterior com compromisso estético, 12 indivíduos por compromisso funcional parcial, e 38 indivíduos por compromisso estético e funcional, sendo que destes, 28 apresentavam compromisso funcional parcial e 10 compromisso funcional total (Quadro 21). Verificou-se também que 35 indivíduos necessitavam de prótese em ambas as arcadas, 10 indivíduos apenas na arcada superior e 6 indivíduos na arcada inferior.

Quadro 21. Necessidade de reabilitação com próteses removíveis, com base no compromisso funcional versus compromisso estético

		Perda dentária com compromisso funcional			Total
		Não	Parcial	Total	
Perda dentária anterior	Não	9	12	0	21
	Sim	1	28	10	39
Total		10	40	10	60

3.6.3. Necessidade de intervenção nas próteses dentárias presentes

Como se pode observar no Quadro 22, entre os participantes que apresentavam próteses dentárias verificou-se que 4 necessitavam da substituição das mesmas. Considerando os participantes que apresentavam próteses sem necessidade de substituição, constatou-se que 6 necessitavam de arranjos nas suas próteses. Neste mesmo grupo verificou-se que 3 participantes necessitavam de higienização das suas próteses.

Quadro 22. Necessidade de intervenção nas próteses presentes

		Prótese dentária		
		Arcada superior	Ambas as arcadas	Total
Necessidade de substituição				
	Não	6	3	9
	Sim	3	1	4
Necessidade de tratamento				
	Não	2	1	3
	Reparação	2	1	3
	Rebasamento	2	1	3
Necessidade de higienização				
	Não	4	2	6
	Sim	2	1	3

3.6.4. Necessidade objetivas de próteses removíveis

Para a reabilitação oral dos 51 indivíduos com indicação de tratamento protético, e considerando as próteses existentes sem necessidade de substituição, seriam necessários 28 conjuntos bimaxilares protéticos, 8 próteses superiores e 10 próteses inferiores; reparação de 1 conjunto bimaxilar e 2 próteses superiores; rebasamento de 1 conjunto bimaxilar e 2 próteses superiores. Considerando ainda as próteses sem necessidade de substituição, higienização de 1 conjunto bimaxilar e 2 próteses superiores. Assim, conclui-se que 80.0% dos participantes necessitam de algum tipo de tratamento protético e 5.0% necessitam de higienização das próteses.

4. Discussão

4.1. A população do EPI

4.1.1. Representatividade da amostra

A amostra foi selecionada de forma aleatória, e incluiu 20.7% da população reclusa do EPI. A representatividade desta amostra foi avaliada por análise da proporção de participantes, segundo a classe etária, a nacionalidade e o distrito de residência, de acordo com os dados estatísticos disponibilizados pelos recursos humanos do EPI, referentes ao mês de Fevereiro de 2012. Verificou-se pela aplicação do teste de aderência do Qui-quadrado que não existiam evidências estatísticas para se afirmar que a distribuição dos participantes da amostra pelas variáveis referidas não fosse representativa da população do EPI, já que não existiam diferenças significativas entre o observado e o que se conhecia da população. Assim, pode garantir-se a representatividade da amostra quanto às características socioeconómicas como classe etária, nacionalidade e distrito de residência.

Visto isto, e tendo sido observados pelo menos 20.0% dos indivíduos da população, generalizaram-se os resultados obtidos para a população do EPI, definindo como nível de significância estatística $p \leq 0.05$, para intervalo de confiança de 95.0%.

4.1.2. Caracterização da população do EPI

Conhecida a elevada prevalência de indivíduos com história de consumo de substâncias ilícitas no meio prisional,³⁹ e considerados os comportamentos de risco deste grupo relativamente à saúde oral,^{96,97} procedeu-se à distribuição dos participantes por dois grupos, consoante tivessem ou não história de consumo de substâncias ilícitas. A caracterização dos grupos fez-se pela análise estatística de características socioeconómicas, do estado de saúde e hábitos tabágicos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, na distribuição por classes etárias, e nos hábitos tabágicos. Verificou-se predomínio das classes etárias mais novas no grupo com história de consumo de substâncias ilícitas. Relativamente aos hábitos tabágicos, verificou-se uma prevalência muito superior no grupo com história de consumo de substâncias ilícitas.

A idade da primeira prisão variou entre os 16 e os 59 anos, apresentando como valor médio 32.02 ± 11.51 anos de idade. A proporção das classes etárias, no EPI relativamente à população prisional masculina portuguesa, apresentou diferenças estatisticamente significativas, ($\chi^2=20.012$; $p=0.002$, $p<0.05$) prevalecendo no EPI classes mais velhas. Este facto relaciona-se com a prevalência da natureza do crime cometido. A localização do EPI no interior do país, e as atividades que nele são desenvolvidas, essencialmente viradas para a agropecuária, propiciam um ambiente de reclusão mais voltado para a

reinserção, pelo maior envolvimento com a comunidade adjacente. Tornando-se preferencial para indivíduos mais velhos, com penas mais pesadas, que acabam por procurar no trabalho um refúgio para suportar a pena que lhes foi aplicada. Este grupo de indivíduos foge um pouco ao estereótipo dos grupos marginalizados ligados à toxicodependência e aos furtos que são mais comuns nas prisões. Existe, portanto, uma heterogeneidade elevada nesta população reclusa, o que propicia um excelente substrato de estudo.

Tal como observado noutros estudos em populações prisionais, a grande maioria da população do EPI apresentava hábitos tabágicos e mais de metade da população apresentava história de consumo de substâncias ilícitas. As substâncias ilícitas mais referidas foram os canabinóides, a cocaína e a heroína. O programa de reabilitação com metadona era utilizado por cerca de um quarto dos indivíduos com história de consumo de substâncias ilícitas.

4.2. Saúde geral

Apesar da perceção maioritariamente positiva da população relativamente à sua saúde geral, mais de metade dos indivíduos sofriam de algum tipo de patologia. À semelhança do que Fazel e Baillargeon³⁵ constataram na sua revisão, as doenças infecciosas e as doenças psiquiátricas eram prevalentes entre a patologia encontrada nos reclusos do EPI. As doenças infecciosas no seu conjunto, afetavam cerca de três quartos dos indivíduos com patologia, enquanto as doenças do foro psiquiátrico atingiam mais de um terço dos indivíduos.

Quase dois terços dos indivíduos faziam medicação regular, e entre estes, quase três quartos fazia medicação relativa a doenças do foro psiquiátrico. Entre estas, as mais prescritas eram os ansiolíticos e os antidepressivos. Assim, tal como constataram Wilper *et al.*,⁴⁶ apesar da prevalência da doença psiquiátrica nas prisões ser elevada, a prescrição de medicação relativa a este tipo de patologia parece ser exagerada. Esta tendência pode resultar de uma tentativa de minimizar a tensão e hostilidade comum nos ambientes prisionais.⁴²

4.3. Saúde Oral

No que toca à perceção sobre a saúde oral, a opinião foi menos positiva do que em relação à saúde geral. As respostas mais referidas foram satisfatória, por cerca de trinta e oito por cento, e pobre, por cerca de vinte e oito por cento da população.

4.3.1. Hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária

Os hábitos de higiene oral dos reclusos do EPI, foram inferiores aos encontrados noutras populações prisionais. No Quadro 23 pode verificar-se que, com exceção do estudo de Reddy *et al.*⁷¹ na Índia, em todos os outros, menos de 8.0% dos reclusos refere não escovar os dentes, enquanto no presente estudo este valor subiu para os 20.0%. É importante referir, que a baixa percentagem de reclusos com hábitos de escovagem no estudo de Reddy *et al.*⁷¹ não significa que haja descuido relativamente à higiene oral, mas sim a adoção de outros hábitos de higiene oral tipicamente culturais.

No entanto, relativamente ao que se conhece como hábitos de escovagem da população portuguesa, o valor encontrado no EPI não parece muito distante da realidade nacional. Como se pode verificar no Quadro 24, apesar dos resultados que Marques⁷ obteve em 1994, os estudos de Almeida,³ Meyer⁸ e Marques-Vidal e Milagre⁹⁸ apontam para hábitos de higiene oral e frequência de escovagem próximos dos encontrados no EPI. Esta diferença relativamente ao estudo de Marques⁷ poderá estar relacionada com a população de estudo. Enquanto Almeida³ e Meyer⁸ incluíram nos seus estudos indivíduos de diferentes zonas do país, correspondendo a áreas rurais e urbanas, os dados de Marques⁷ são referentes a indivíduos da cidade do Porto, na faixa etária dos 30 aos 39 anos, incidindo portanto numa população de carácter urbano e numa faixa etária ativa, e tal como Almeida³ e Meyer⁸ indicam, estas características parecem influenciar os hábitos de higiene oral.

Assim, pode concluir-se que apesar dos hábitos de higiene oral dos reclusos do EPI serem inferiores aos de outras populações prisionais, são um reflexo daquilo que são os hábitos dos portugueses.

Ainda no Quadro 23 podemos observar a variabilidade de resultados entre os estudos referentes a populações prisionais. A percentagem de reclusos que nunca utilizaram serviços de Medicina Dentária, antes de serem presos, varia entre 2.0% na Austrália⁷⁰ e 36.7% na Índia.⁷¹ A percentagem de reclusos que só utilizou os serviços de Medicina Dentária por questões urgentes ou dor foi elevado, varia entre 37.9% em Portugal⁶⁴ e 67.0% no Reino Unido.⁶⁵ A percentagem de reclusos cuja utilização mais recente dos serviços de Medicina Dentária foi já em ambiente prisional, é a que apresenta menor intervalo de variação, entre 54.0% no Reino Unido⁶⁵ e 62.0% na Austrália.⁷⁰ Apesar de haver variabilidade na forma como as questões foram colocadas no presente estudo e nos estudos incluídos no Quadro 23, os dados assemelham-se aos resultados obtidos no EPI e sugerem a dificuldade de acesso a serviços de Medicina Dentária quando em liberdade.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 23. Hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária por reclusos

Estudo	Amostra	Hábitos de higiene oral - Frequência de escovagem				Utilização de serviços de Medicina Dentária	
		Escovam	Diariamente	1 vez por dia	>1 vez por dia	Em liberdade	Em estabelecimentos prisionais
Presente Estudo	Reclusos EPI n=60 Homens Idade=41.53±10.62 (22-63) anos	80.0%	50.0% 1.97±0.67	23.3%	76.7%	Nunca utilizaram=18.3% Consultaram=81.7% Regularmente=22.4% Consultaram ≥1/ano=10.2% Motivo dor=67.3%	Consultaram=81.7% Motivo dor=38.8% Tratamento=36.7% Consulta de avaliação=24.5%
Reddy <i>et al.</i>, 2012⁷¹	Reclusos Índia n=800 Idade=41.25± - (19-76) anos	66.6%	-	-	-	-	Consultaram=61.0% Motivo urgência=48.0%
						Nunca utilizaram=36.7%	
Heidari <i>et al.</i>, 2007⁶⁵	Reclusos Londres RU n=78 Idade=35.7±9.6anos	-	-	-	70.0%	Último ano=73.0% Motivo urgência=67.0% Consulta de avaliação=12.0% Consulta de rotina=12.0% Consulta mais recente na prisão=54.0% Consultas regulares=60.8% Última consulta há mais de 1ano=39.2%	
Nobile <i>et al.</i>, 2007⁶⁹	Reclusos Itália n=544 Homens Idade=38.7±10.7 (20-81) anos	92.2%	92.2%	13.7%	78.5%		
Cerqueira, 2005⁶⁴	Reclusas Portugal n=177 Mulheres Idade= (15-68) anos	92.1%	92.1%	14.7%	77.4%	Nunca utilizaram=16.4% Consultaram=83.6% Consultaram <1 vez por ano=55.4% Consultaram ≥1 vez por vez por ano=28.3% Motivo dor=37.9%	
Osborne <i>et al.</i>, 2003⁷⁰	Reclusos Austrália n=789 Idade= (18-77) anos	94.0%	86.0%	-	50.0%	Consultaram há menos de 12 semanas=27.0% Consultaram há mais de 12 meses=48.0% Nunca utilizaram=2.0% Consulta mais recente na prisão=62.0%	
Kulkarni <i>et al.</i>, 2010⁶⁷	Adultos EUA n=976 Ex-reclusos n=102 População n=874	-	-	-	-	Em Liberdade	
						População	Ex-reclusos
						Consultaram há ≤1ano=66.2% Consultaram há >5 anos=10.3%	Consultaram há ≤1 ano=49.2% Consultaram há >5 anos=19.4%

EPI – Estabelecimento Prisional Central de Izeda; n – número de participantes; (00.00±00.00) – média ± desvio padrão; (-) -sem informação disponível; Motivo urgência – dor, infeção ou abscesso.

Pode ainda observar-se no Quadro 23 que a percentagem de reclusos do EPI que recorreu aos serviços de Medicina Dentária por sentir dores foi menor no meio prisional do que em liberdade. Considerando que entre os principais motivos para a não utilização dos serviços de Medicina Dentária em liberdade se encontrava o preço da consulta (Quadro 24), daqui facilmente se depreende que o acesso gratuito a estes serviços nos EP potencia a sua procura e utilização para avaliação e tratamento da saúde oral sem que haja necessariamente carácter de urgência.

Comparando a utilização dos serviços de Medicina Dentária pelos reclusos do EPI quando em liberdade com os dados referentes à população portuguesa, verifica-se que esta utilização é inferior. Os dados mais recentes relativos à população geral portuguesa² indicam que apenas 4.0% dos portugueses nunca acedeu a serviços de Medicina Dentária, número este muito inferior ao encontrado na população do EPI. Já a percentagem de reclusos que apenas acedeu a serviços de Medicina Dentária por motivo de dor foi bastante superior a esses mesmos dados,² como se pode observar no Quadro 24. Estudos mais antigos revelam percentagens de acesso a consultas por motivo de dor mais próximas dos resultados do EPI.^{7,8} O resultado desta comparação sugere que os indivíduos agora em situação de reclusão no EPI, por algum motivo não acompanharam a evolução que se verificou na população portuguesa quanto à utilização de serviços de Medicina Dentária.

Quanto aos principais motivos que levavam à não utilização de serviços de Medicina Dentária em meio não prisional, estes não diferem muito dos obtidos na população geral, como se pode observar no Quadro 24.

No entanto, nos reclusos do EPI verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas ($p \leq 0.05$), sendo o motivo consultas caras significativamente mais referido por indivíduos com história de consumo, e o motivo medo significativamente mais referido pelos indivíduos sem história de consumo. Quanto ao principal motivo da não utilização destes mesmos serviços em ambiente prisional, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos. Assim, conclui-se que apesar de existirem diferenças estatisticamente significativas, entre os motivos que levam consumidores e não consumidores de substância ilícitas a não utilizarem os serviços de Medicina Dentária quando em liberdade, essas diferenças deixam de existir em meio prisional, uma vez que todos os reclusos têm acesso aos mesmos cuidados de saúde, independentemente das suas características. Fan *et al.*⁹⁷ num estudo sobre toxicodependentes nos EUA já tinha concluído que este grupo faz uma utilização muito baixa de serviços de Medicina Dentária.

Por outro lado, o acesso aos cuidados de saúde oral em EP parece difícil, dada a longa lista de espera para as consultas. Conclui-se também que, apesar dos cuidados de saúde oral serem prestados gratuitamente, há indivíduos que nunca os utilizaram, ainda que precisassem, o que pode ser indicativo de falta de conhecimento relativo à saúde oral.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 24. Hábitos de higiene oral e utilização de serviços de Medicina Dentária pelos portugueses

Estudo	Amostra	Hábitos de higiene oral				Utilização de serviços de Medicina Dentária	
		Frequência de escovagem				Frequência de consultas	Principal motivo de não utilização
		Escovam	Diariamente	1 vez por dia	>1 vez por dia		
Presente Estudo	Reclusos EPI n=60 Homens Idade=41.53±10.62 (22-63) anos	80.0%	50.0% 1.97±0.67	23.3%	76.7%	Nunca utilizaram=18.3% Consultaram=81.7% Regularmente=22.4% Consultaram ≥1/ano=10.2% Motivo dor=67.3%	Não considerar necessário=51.2% Consultas caras=27.9% Medo=18.6% Não ter tempo=2.3%
Braz, 2011⁵	Idosos Portugal Porto – Vila Real n=379 Idade= (68-84) anos	-	-	-	-	Nunca utilizaram=13.0% Consultaram >3 anos=52.0% Consultaram <1ano=35.0% Motivo dor=46.0% Consulta de rotina=24.0%	-
Eurobarometro 2010²	União Europeia Portugueses n=1031	-	-	-	-	Nunca utilizaram: Eu=2.0%, Pt=4.0% Consultaram <1ano: Eu=57.0%,Pt=46.0% Consulta de avaliação: Eu=50.0%, Pt=29.0% Motivo urgência: Eu=17.0%, Pt=25.0%	Eu -Não considerar necessário=33.0% Pt - Consultas caras=46.0%
Marques-Vidal, Milagre, 2006⁹⁸	Estudantes Portugal n=98 Homens Idade= 21±3anos	-	1.4±1.6	-	88.8%	Consultaram <12meses=63.3% Média de consultas por ano=2.4±2.2	-
Marques, 1994⁷	Adultos Portugal n=197 Idade= (30-39) anos	100.0%	-	-	51.8%	Regularmente=28.9% Motivo dor=65.1%	Não ter tempo=26.7% Não ter dores=23.0% Medo=13.4% Consultas caras=9.1%
Meyer, 1990⁸	Adultos Portugal n=1510 Idade= (18-76) anos	86.8%	45.8%	24.1%	75.9%	Consultaram=88.3% Consultaram <12 meses=46.0 a 63.5% Motivo dor=69.9%	Medo Não ter tempo
Almeida <i>et al.</i>, 1990³	Adultos Portugal n=619 Idade= (35-44) anos	-	65.0%	-	-	Consultaram ≤1ano=40.0% Consultaram >12 meses=59.0%	Não considerar necessário=60.7% Não ter tempo=10.3% Medo=7.8% Consultas caras=6.1%

EPI – Estabelecimento Prisional Central de Izeda; n – número de participantes; (00.00±00.00) – média ± desvio padrão; (-) -sem informação disponível; Eu – Europeus; PT – Portugueses; Motivo urgência – dor, infeção ou abscesso.

4.3.2. Distúrbios Temporomandibulares

4.3.2.1. Prevalência de sintomas

O Quadro 25 apresenta a prevalência de sintomas de DTM no presente estudo e faz uma pequena revisão deste assunto entre populações diferentes. Apesar da variabilidade entre metodologias de investigação, apresentam-se estudos que questionaram sintomas semelhantes aos estudados no EPI.

Como se pode verificar pelo Quadro 25, a prevalência de sintomas de DTM nos reclusos do EPI é muito elevada, sendo muito superior a praticamente todos os estudos que não se debruçaram sobre pacientes com DTM diagnosticado. Também a percentagem de reclusos que apresentou mais de um sintoma foi bastante elevada, representando mais de três quartos dos participantes com algum tipo de sintoma, e praticamente três quartos da amostra. Esta elevada prevalência poderá associar-se ao ambiente tenso e stressante que se vive nos EP. Há evidência de que os fatores psicológicos podem influenciar a sintomatologia de DTM, predispondo ou perpetuando os sintomas.^{16,24,28} Mesmo relativamente ao estudo de Almas *et al.*,⁵⁵ que incidiu sobre reclusos consumidores de substâncias ilícitas, a prevalência de sintomas de DTM foi muito superior nos reclusos do EPI.

Quanto ao tipo de sintomas, mesmo os estudos que utilizaram o mesmo instrumento de pesquisa que o presente, Buarque e Silva *et al.*¹⁶ e Milet²⁶ obtiveram resultados diferentes. No entanto, os ruídos articulares estão presentes em muitos estudos, como um dos três sintomas mais prevalentes,^{15,17,19-23,25-27} tal como, os sintomas relativos à dor, (Quadro 25). A sensação de mordida desconfortável apresentou-se como um dos três sintomas mais prevalentes no EPI, embora este sintoma não figure em nenhum outro dos estudos, com esta importância. Esta prevalência no EPI poderá estar associada à elevada perda dentária com compromisso funcional que se verifica nesta população.¹⁶

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 25. Prevalência de sintomas de Distúrbios Temporomandibulares (DTM)

	População	Idade (anos)	Prevalência de Sintomas	Presença de 1 sintoma	Presença de 2 ou mais sintomas	Sintomas mais prevalente		
						1º	2º	3º
Presente estudo	Reclusos EPI n=60 Homens	41.53±10.62 (22-63)	96.7%	22.4%	77.6%	cefaleias	estalidos	mordida desconfortável
Almas <i>et al.</i>, 2005⁵⁵	Reclusos consumidores Arábia Saudita n=100	31.4±8.9 (20-65)	56.0%	-	-	estalidos	sensibilidade muscular	dor facial
Buarque e Silva <i>et al.</i>, 2011¹⁷	Pacientes DTM Brasil n=400	(18-88)	100.0%	-	-	ruídos ATM	dor articular	surdez
Milet, 2011²⁶	Pacientes DTM Portugal n=80	42.24±14.71 (17-77)	100.0%	43.8%	56.3%	dor facial	limitação de abertura	estalidos
Kitsoulis <i>et al.</i>, 2011⁵⁶	Universitários Grécia n=464	19.6± - (18-26)	73.3%	-	-	dor	prurido auricular	bruxismo
Costa, 2010¹⁹	Universitários Portugal n=324	21.58±3.10 (18-51)	58.3%	-	-	cefaleias	dor cervical	ruídos ATM
Ryalat <i>et al.</i>, 2009²⁷	Universitários Jordânia n=1103	- (18-25)	68.6%	35.4%	64.6%	dor junto aos ouvidos	estalidos	dor na mastigação
Feteih <i>et al.</i>, 2006²¹	Jovens Arábia Saudita n=385	- (12-16)	33.0%	-	-	cefaleias	dor na mastigação	ruídos ATM
Magnusson <i>et al.</i>, 2005²⁵	Alunos Suécia Estudo n=1255	- (7- 35)	11.0%	-	-	ruídos ATM	fadiga maxilar	limitação de abertura
Katz <i>et al.</i>, 2002²³	Soldados Israel n=20869	19.8±1 (18-21)	-	-	-	ruídos ATM	dor na mastigação	-
Hanson²² 1975	Trabalhadores Suécia n=1069	- (10-79)	57.0%	-	-	estalidos	cefaleias	dor junto aos ouvidos

EPI – Estabelecimento Prisional Central de Izeda; DTM – Distúrbios Temporomandibulares; ATM – Articulação temporomandibular; (00.00±00.00) – média ± desvio padrão; (-) -sem informação disponível.

4.3.2.2. RDC/TMD

A aplicação do RDC/TMD revelou que, apesar da elevada prevalência de sintomas de DTM, apenas 26.7% dos indivíduos se enquadravam nos grupos de diagnóstico deste exame. Este resultado vai de encontro à revisão sistemática de Manfredini *et al.*¹⁴ que, entre os estudos relativos a grupos da população geral, encontrou uma prevalência de diagnóstico de DTM, pelos grupos do RDC/TMD, que variava entre 14.0% e 32.1%. Segundo esta mesma revisão, nas populações com DTM, o Grupo mais prevalente parece ser o Grupo I, dos distúrbios musculares, seguido do Grupo II dos deslocamentos do disco. Também Milet,²⁶ em pacientes com DTM no Hospital de São João no Porto, obteve resultados semelhantes. No entanto, o mesmo não se verifica nos reclusos do EPI. Nestes, à semelhança do que Manfredini *et al.*¹⁴ encontrou nos estudos referentes a grupos da população geral, parece haver uma prevalência superior de distúrbios do Grupo II, deslocamentos do disco. Outros estudos apontam no mesmo sentido.^{18,31}

Entre os parâmetros biopsicossociais, a depressão assumiu a maior expressão entre os reclusos do EPI, atingindo 65.0% e, na maioria destes, em grau grave. Tal não é de estranhar pois está já bem documentada a elevada prevalência de depressão nas populações prisionais.^{34-37,39,40}

Apesar de haver estudos que indicam que a história de consumo de substâncias ilícitas influencia a prevalência de sintomas e de DTM,^{55,57,58,99} não foram encontradas diferenças neste estudo que apontem nessa direção. Nem o número ou tipo de sintomas, nem a prevalência de DTM, apresentou diferenças significativas entre os grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas. Estes resultados sugerem que o próprio ambiente prisional, por todas as condicionantes que lhe são inerentes, reduz desigualdades que no exterior são óbvias e determinantes para as características destes grupos.

4.3.2.2.1. Limitações da utilização do RDC/TMD

A palpação da ATM apresenta variabilidade e subjetividade inerente e esta medida é crítica no diagnóstico de subgrupo. O *axis I* pode induzir em erro sistemático pelas medições dos examinadores, uma vez que todos os testes têm potencial de dor, mesmo em indivíduos controlo, sem sintomatologia dolorosa.³¹

Deveriam considerar-se como medidas a incluir no RDC/TMD a ansiedade, a raiva, a fadiga e a confusão, já que são sentimentos que podem ser relevantes na predisposição para a sintomatologia associada aos DTM.³²

4.3.3. Avaliação dentária

A adoção de diferentes metodologias de estudos é uma das causas de variabilidade de resultados entre investigações e dificuldade de comparação dos mesmos. No entanto, não é uma questão fácil de contornar, uma vez que a especificidade da própria investigação pode induzir limitações ou dificuldades de realização da mesma em condições de excelência. Por outro lado, a definição da metodologia de estudo deve orientar-se de acordo com a evidência científica atual, que nas últimas décadas tem sofrido uma evolução muito rápida.

A investigação relativa à saúde oral em reclusos não é uma exceção no que toca a variabilidade de metodologia. Walsh *et al.*⁵⁹ sentiram essa mesma dificuldade quando procederam à revisão do conhecimento que existia até então sobre este mesmo assunto. A revisão, que incluiu 21 artigos científicos publicados entre 1990 e 2007, revelou diferenças não só nos desenhos de estudo, como nas características das populações prisionais e nos estabelecimentos e condições que lhes eram disponibilizadas. Algumas das investigações basearam-se em critérios de pesquisa definidos e implementados no país onde decorreram e não são sobreponíveis entre si.

Da mesma forma, o desenho do presente estudo não seguiu criteriosamente as indicações da OMS.¹⁰⁰ Foram contabilizados apenas 28 dentes, com exclusão dos terceiros molares. Esta decisão fundamenta-se na elevada prevalência de fenómenos de agenesia e inclusão destes dentes na população portuguesa.¹⁰¹ Uma vez que não seria prático, nem justificável, com base nos objetivos da investigação, a aplicação de métodos radiológicos a todos os participantes, optou-se pela exclusão dos terceiros molares, por forma a não induzir erradamente um aumento do índice de CPOD, numa população onde a investigadora, baseada na sua experiência clínica, esperava já um elevado valor.

Walsh *et al.*⁵⁹ reviram estudos com origem na Europa, África do Sul, Austrália, China e EUA. Apesar das diferenças metodológicas, concluíram que os reclusos apresentam mais dentes cariados e perdidos e CPOD igual ou superior a indivíduos de grupos semelhantes da população geral.

No Quadro 26 apresentam-se, além dos resultados do presente estudo relativos à avaliação dentária, uma revisão de estudos da última década sobre populações prisionais. Como se pode observar nesse mesmo quadro, à semelhança do que Walsh *et al.*⁵⁹ encontraram, há uma variabilidade de metodologias que dificulta a comparação de resultados obtidos. No entanto, apesar das diferenças, verifica-se que tal como no presente estudo, os outros apresentam uma prevalência de cárie dentária muito elevada, à exceção do estudo de Reddy *et al.*⁷¹ na Índia que, segundo os critérios da OMS, se enquadra no nível elevada.⁴

Podem comparar-se diretamente com os resultados do presente estudo os resultados de Boyer *et al.*⁶³ e Heidari *et al.*,⁶⁵ uma vez que também se basearam em 28 dentes.

Assim como podemos observar no Quadro 26, a média de dentes cariados encontrada no EPI foi significativamente inferior à encontrada por Boyer *et al.*⁶³ No entanto, o número médio de dentes perdidos foi significativamente superior. Esta diferença pode estar associada à idade média das duas populações, que se revela superior em quase 12 anos no EPI, e que poderia de certa forma explicar o porquê de uma perda dentária mais elevada. No entanto, pode supor-se que esta diferença se relacione mais intimamente com as diferenças metodológicas dos estudos. A investigação de Boyer *et al.*⁶³ decorreu em reclusos recém-admitidos no sistema prisional, e fez recurso de avaliação radiográfica. O uso de radiografias, por si só, permite a identificação de cáries interproximais, que podem não ser detetáveis em exame clínico, contribuindo desta forma para o aumento da cárie detetada. Por outro lado, a já referida dificuldade de acesso a serviços de saúde oral em liberdade pode justificar a elevada prevalência de cárie e o reduzido número de dentes perdidos nestes indivíduos, pela falta de tratamento adequado. Os reclusos do EPI são todos eles condenados, a média de pena cumprida entre eles é de 6.23 ± 4.10 anos, e cerca de quatro quintos já utilizaram os serviços de Medicina Dentária em EP, o que representa um acesso a tratamentos dentários que podem influir na menor prevalência de cárie e maior número de dentes perdidos, por tratamento ou extração dos mesmos.

Heidari *et al.*⁶⁵ por sua vez, encontraram na sua população de estudo resultados mais próximos aos encontrados no EPI. O valor médio de CPOD e o número médio de dentes saudáveis não apresentaram diferenças significativas. Mas, mais uma vez, o número médio de dentes perdidos foi inferior ao encontrado no EPI, enquanto o número médio de dentes cariados e obturados foi superior. Também neste caso a metodologia entre estudos é diferente. A investigação de Heidari *et al.*⁶⁵ debruçou-se sobre reclusos preventivos, o que pode justificar da mesma forma o menor número de dentes perdidos, e a maior prevalência de cárie dentária, mas, no entanto, não justifica o maior número de dentes obturados. Este facto só é justificável por uma maior utilização de serviços de Medicina Dentária, e por uma prestação de cuidados de carácter mais preventivo e conservador. Por outro lado, Heidari *et al.*⁶⁵ sentiram dificuldades na formação da amostra, pois os reclusos só aceitaram participar mediante prestação de cuidados, o que faz supor que a amostra de conveniência se tenha formado com participantes que já demonstravam maior preocupação relativamente à saúde oral.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 26. Comparação dos resultados obtidos no presente estudo, relativamente a parâmetros de avaliação dentária, com estudos semelhantes

Estudo	Amostra	Idade (anos)	Dentes	CPOD	Cariados	Perdidos	Obturados	Saudáveis	Desdentados totais	Necessidade protética
Presente estudo	Reclusos EPI n=60 Homens	41.53±10.62 (22-63)	28	15.47±7.86 98.3%	2.83±2.47 86.7%	11.55±7.80 93.3%	1.08±1.90 41.7%	12.25±7.68 1.7%	5.0%	80.0%
Boyer <i>et al.</i>, 2002⁶³	Reclusos EUA n=149 Homens	*29.00±8.20 (17-53)	28	-	*6.23±5.42	*2.46±3.74	-	-	-	-
McGrath <i>et al.</i>, 2002⁶⁸	Reclusos China n=64	- (>60)	32	*22.50±10.60	*2.04±0.47 38%	*20.28±1.36	*0.16±0.06	-	27.0%	75.0%
Heng <i>et al.</i>, 2002⁶⁶	Reclusas EUA n=500 Mulheres	*36.00± - (20-65)	32	16.80±7.30	*3.50±3.60	*7.40±7.00	*6.00±5.20	*15.00±7.10	2.4%	-
Osborn <i>et al.</i>, 2003⁷⁰	Reclusos Austrália n=334	*35.80± - (18-77)	-	*20.40± -	*5.70± -	*8.90± -	*5.80± -	-	5.1%	40.0%
Cerqueira, 2005⁶⁴	Reclusas Portugal n=177 Mulheres	- (15-68)	32	*12.75± -	2.37± -	*8.29± -	*2.10± -	*14.34±6.85	-	-
Heidari <i>et al.</i>, 2007⁶⁵	Reclusos Reino Unido n=78	*35.70±9.60 -	28	14.20±7.50	*3.50±2.70	*6.20±7.60	*4.50±7.50	13.80±7.50	-	-
Nobile <i>et al.</i>, 2007⁶⁹	Reclusos Itália n=544 Homens	*38.70±10.70 (20-81)	-	*9.80±6.10	2.30±2.50 70.8%	*6.00±5.90 91.2%	1.50±2.20 50.4%	2.0%	1.3%	85.1%
Reddy <i>et al.</i>, 2012⁷¹	Reclusos Índia n=800	41.25± - (19-76)	-	*5.26±2.91	92.5%	57.1%	24.6%	-	-	32.0%

EPI – Estabelecimento Prisional Central de Izeda; n – número de observações; (00.00±00.00) – média ± desvio padrão; (-) -sem informação disponível; * - p≤0.05 diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente aos estudos que contabilizaram os 32 dentes, ou que não fizeram referência ao número de dentes, à exceção do estudo de Heng *et al.*⁶⁶ que obteve valor de CPOD próximo do encontrado no presente estudo, verificaram-se diferenças significativas, tal como seria de esperar. No entanto, todos eles revelam prevalência de cárie muito elevada, corroborando os resultados do presente estudo.

Em Portugal não se conhecem estudos publicados relativamente à saúde oral de populações reclusas. Cerqueira⁶⁴ em 2005, no âmbito da dissertação de Mestrado de Saúde Oral Comunitária, debruçou-se sobre a prevalência da cárie dentária nas reclusas do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo (EPESCB). Apesar de Cerqueira⁶⁴ ter contabilizado os terceiros molares, à exceção do número médio de dentes cariados, obteve melhores índices de saúde oral do que os do presente estudo. Esta diferença pode ter origem no facto do EPESCB ser um EP feminino, ao contrário do EPI, que é masculino. Alguns estudos apontam diferenças entre géneros.^{8,70,102,103}

Comparativamente com os estudos apresentados no Quadro 26, à exceção de Heidari *et al.*,⁶⁵ os reclusos do EPI apresentaram significativamente menor número médio de dentes saudáveis, mas mais uma vez este facto poderá relacionar-se com o número de dentes contabilizados. Em termos percentuais, o valor obtido de indivíduos com todos os dentes saudáveis e CPOD de zero é semelhante ao encontrado por Nobile *et al.*⁶⁹

À semelhança dos resultados encontrados por Cerqueira,⁶⁴ verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na média de CPOD entre os dois grupos, sendo esta média superior no grupo com história de consumo de substâncias ilícitas. Eliminado o efeito do tabaco que poderia atuar como fator confusão, estas diferenças mantiveram-se, ($p \leq 0.05$). Reece⁹⁶ e Fan⁹⁷ apesar de terem usado índices diferentes para avaliação da saúde oral, também obtiveram resultados que revelam níveis mais baixos de saúde oral nos consumidores de substâncias ilícitas. As classes etárias, sendo também diferentes entre os grupos, não atuam neste caso como fator de confusão, pois sabe-se pela evidência científica que o CPOD aumenta tendencialmente com a idade. Como neste caso o grupo que apresenta CPOD mais elevado é aquele onde predominam as classes etárias mais jovens, grupo de indivíduos com história de consumo de substâncias ilícitas, podemos admitir que estas diferenças significativas de CPOD têm origem na história de consumo de substâncias ilícitas.

A percentagem de desdentados totais no EPI foi semelhante à encontrada por Osborne *et al.*⁷⁰ na Austrália, o dobro da encontrada por Heng *et al.*⁶⁶ nos EUA e quase o triplo da encontrada por Nobile *et al.*⁶⁹ na Itália. Apesar da população do EPI apresentar idade média superior à dos três estudos referidos, este facto poderá não estar relacionado com a média de idades, uma vez que, entre os três, o que apresenta maior percentagem de desdentados totais é exatamente o estudo de Osborne *et al.*,⁷⁰ que apresenta o menor valor de idade média.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Quadro 27. Estudos relativos a parâmetros de avaliação dentária na população portuguesa

Estudo	Amostra	Idade (anos)	Dentes	CPOD	Cariados	Perdidos	Obturados	Saudáveis	Desdentados totais	Necessidade protética
Presente estudo	Reclusos EPI n=60 Homens	41.53±10.62 (22-63)	28	15.47±7.86 98.3%	2.83±2.47 86.7%	11.55±7.80 93.3%	1.08±1.90 41.7%	12.25±7.68 1.7%	5.0%	80.0%
Almeida <i>et al.</i>, 1990³	Adultos Portugal n=619	- (35-44)	32	*10.90± -	2.90± - 96%	*6.70± -	1.40± - 12.8%	*21.20± -	2.0%	30.2%
Meyer, 1990⁸	Adultos Portugal n=1510	- (18-76)	28	(*9.05±5.44 - 13.97±8.24)**	(*4.66±3.69 - *7.34±4.75)**	(*1.43±1.71 - *8.84±8.32)**	-	(0.8- 4%)**	6.3%	20.9%
Marques, 1994⁷	Adultos Porto Portugal n=197	- (30-39)	32	13.90±6.70	*5.20±3.70	*6.60±4.90	*2.60±3.70	-	-	-
Fernandes, 1995⁶	Idosos Porto Portugal n=634	*76.00±9.50 (55-95)	32	-	-	*22.59±9.44	-	-	30.1%	79.9%
Braz, 2011⁵	Idosos Portugal Porto – Vila Real n=379	- (68-84)	32	*20.61±10.55	*1.73±2.79	*17.21±11.35	*1.68±3.18	-	24.0%	60.0%

EPI – Estabelecimento Prisional Central de Izeda; n – número de observações; (00.00±00.00) – média ± desvio padrão; (-) -sem informação disponível; * - p≤0.05 diferenças estatisticamente significativas; **-varia entre os valores;.

No Quadro 27, apresentam-se os resultados de estudos relativos a avaliação dentária na população portuguesa. Pode fazer-se a comparação direta dos resultados do presente estudo, com os de Meyer.⁸ Este autor, em 1990, comparou a prevalência de cárie dentária entre diferentes grupos da população portuguesa, e encontrou diferenças entre estes. O CPOD, no seu estudo, variou entre 9.05 ± 5.44 em soldados e 13.97 ± 8.24 em trabalhadores rurais. Comparativamente com o CPOD obtido no EPI, verifica-se que este foi superior a qualquer um dos grupos estudados por Meyer.⁸ Nota-se uma maior semelhança com os resultados obtidos nos trabalhadores rurais e nos da indústria piscatória, mas, no entanto, existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos nos restantes grupos, (soldados, trabalhadores urbanos e estudantes universitários). Relativamente ao número médio de dentes cariados, os resultados no EPI foram significativamente inferiores a qualquer um dos grupos considerados, ao contrário do número médio de dentes perdidos, que foi significativamente superior a qualquer um dos grupos. Estas diferenças podem ser interpretadas por uma maior utilização de serviços de medicina dentária e, um acesso mais facilitado a tratamentos dentários pelos reclusos do EPI. O que não é necessariamente estranho, uma vez que a Medicina Dentária em Portugal é uma prática quase exclusivamente privada. No entanto, estes serviços são disponibilizados gratuitamente nos EP, proporcionando a prestação de cuidados de saúde oral a grupos populacionais que, enquanto inseridos, na sociedade não têm possibilidades económicas de os utilizar.

Relativamente aos outros estudos que incluíram terceiros molares, verificou-se igualmente que o índice de CPOD dos reclusos do EPI foi superior ao encontrado por Almeida *et al.*³ em 1990 e por Marques⁷ em 1994. A média de dentes cariados e perdidos variou tal como descrito anteriormente, corroborando essa mesma ideia. Por outro lado, o número médio de dentes obturados foi inferior no EPI, apresentando diferenças significativas relativamente ao estudo de Marques, o que poderá indicar que apesar do acesso aos serviços de Medicina Dentária nos EP ser mais facilitado, os cuidados aí obtidos não serão de carácter preventivo ou conservador. O facto de o CPOD ter sido mais elevado, apesar de terem sido excluídos os terceiros molares, indica que provavelmente os resultados seriam ainda mais gravosos se tivessem sido contabilizados os 32 dentes em vez de 28, reforçando a ideia de que os reclusos do EPI apresentam índice de CPOD superior ao da população geral portuguesa.

A prevalência de perda dentária anterior, com compromisso estético foi bastante elevada, tendo em conta a idade média da população. Atingiu cerca de dois terços da população (65.0%), com média de 3.37 ± 3.66 dentes anteriores perdidos. A perda dentária com compromisso funcional, por sua vez, atingiu cerca de cinco sextos da população (83.4%), sendo que, um sexto (16.7%) apresentava compromisso total da função mastigatória. As classes de Eichner mais representadas foram a B1, a B2 e a B4, indicativas de grau de compromisso parcial da função mastigatória. Quanto à percentagem de desdentados totais no EPI, esta encontrava-se entre os resultados obtidos por Almeida *et al.*³ e Meyer.⁸

O número de indivíduos com algum tipo de reabilitação protética era muito baixo, menos de um quarto da população do EPI apresentava próteses dentárias removíveis. Este valor, de acordo com os dados do Eurobarómetro,² é inferior ao da população portuguesa, na qual 37.0% dos indivíduos usam prótese removível. Entre os reclusos que tinham prótese removível, metade adquiriu-a já num EP.

4.4. Necessidade de reabilitação oral

Mais de cinco sextos da população do EPI apresentava necessidade de tratamento dentário, com média de 3.27 ± 2.37 dentes com necessidade de tratamento. Apresentavam dentes com indicação de extração, por cárie dentária ou doença periodontal, 50.0% dos indivíduos, com média de 3.63 ± 2.61 dentes com extração indicada.

A necessidade de tratamentos protéticos não parece estar diretamente associada à média de idades. A percentagem de reclusos com necessidade de algum tipo de tratamento protético no presente estudo, (80.0%) é, à semelhança do que encontrou Nobile *et al.*,⁶⁹ superior à encontrada no estudo de McGrath *et al.*,⁶⁸ estudo este que incidiu apenas em reclusos com mais de 60 anos. Por outro lado, Reddy *et al.*⁷¹ obtiveram uma média de idades muito próxima à do presente estudo, e obtiveram a mais baixa percentagem de indivíduos com necessidade de tratamento protético.

Comparativamente com a necessidade de tratamento protético conhecida na população portuguesa, a percentagem de reclusos com esta necessidade é muito superior, assemelhando-se aos resultados encontrados em idosos institucionalizados, nos estudos de Fernandes⁶ e de Braz⁵. Este facto poderá relacionar-se com a elevada perda dentária encontrada tanto em idosos institucionalizados como na população do EPI.

5. Conclusões

Mais de metade da população do EPI (55.0%) já consumiu algum tipo de substância ilícita durante a sua vida.

A saúde geral no EPI revelou-se débil, pois mais de metade da população (55.0%) apresentou patologia, dos quais 75.7% apresentaram doenças infecciosas virais de transmissão sanguínea. As doenças do foro psiquiátrico no seu conjunto afetavam pouco mais de um terço dos indivíduos com patologia (36.4%). Quase três quartos (71.1%) da medicação prescrita eram relativos a doenças do foro psiquiátrico.

Cerca de um quinto da população não escovava os dentes (20.0%), e metade escovava diariamente, com média de 1.97 ± 0.67 escovagens diárias. Os hábitos de higiene oral dos reclusos do EPI eram mais próximos dos hábitos dos portugueses em geral do que de outras populações prisionais.

Quase um quinto da população (18.3%) nunca tinha acedido a cuidados de saúde oral antes de ser preso. Dos que já o tinham feito, perto de dois terços (67.3%) foi por sentir dor. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os principais motivos da não procura de serviços de Medicina Dentária em liberdade por indivíduos com e sem história de consumo de substâncias ilícitas. O grupo com história de consumo de substâncias ilícitas apontou o preço das consultas como o principal obstáculo, enquanto o outro grupo referiu com mais frequência o medo ou a ansiedade para não procurar estes serviços.

Mais de quatro quintos da população (81.7%) já utilizaram os serviços de Medicina Dentária em EP. O principal motivo de consulta em EP, tal como no exterior, foi sentir dor, o que ocorreu em quase dois quintos (38.8%). O principal motivo para a não utilização do serviço por mais de metade da população (57.1%) foi a lista de espera longa. Ao contrário do que acontecia em liberdade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os motivos que levaram consumidores e não consumidores de substância ilícitas a não utilizarem os serviços de Medicina Dentária em meio prisional.

A prevalência de sintomas de DTM foi de 96.7%, com mais de três quartos da população (77.6%) a referir dois ou mais sintomas. Os sintomas mais prevalentes foram as cefaleias e os estalidos. Pouco mais de um quarto da população (26.7%) foi enquadrada nos grupos de diagnóstico do exame RDC/TMD. Os diagnósticos de “Deslocamento do Disco” e “Distúrbios Mistos” foram os mais prevalentes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que indicassem que os DTM tivessem prevalência diferente entre os grupos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas.

A avaliação dos parâmetros biopsicossociais revelou que a depressão afetava cerca de dois terços da população (65%), e que mais de metade dos indivíduos que sofria de depressão se incluía no quadro de depressão grave.

A média de CPOD da população do EPI foi de 15.47 ± 7.86 . Entre os componentes do índice, o número de dentes perdidos foi o que apresentou maior peso, com valor médio de 11.55 ± 7.80 . O número de dentes obturados apresentou a menor expressão, com média de 1.08 ± 1.90 . As médias de CPOD apresentaram uma diferença de 5.83 dentes entre os dois grupos, sendo superior nos indivíduos do grupo com história de consumo de substâncias ilícitas, e esta diferença apresentou significância estatística, ($p \leq 0.05$).

Apenas 6.7% da população do EPI apresentou todos os dentes presentes, enquanto 3.5% apresentou perda dentária total. A perda dentária anterior, com compromisso estético, atingiu cerca de dois terços da população (65%). A perda dentária posterior com compromisso funcional foi ainda mais gravosa, atingindo cerca de cinco sextos da população (83.4%), sendo que um sexto da população (16.7%) apresentava compromisso funcional total.

As necessidades de tratamento dentário são elevadas. Mais de cinco sextos da população do EPI (86.7%) apresentava necessidade de tratamento dentário, com média de 3.27 ± 2.37 dentes. Metade da população apresentava em média 3.63 ± 2.61 dentes com indicação de extração, por cárie dentária ou doença periodontal. Quatro quintos da população (80%) apresentavam necessidade de algum tipo de tratamento protético.

Assim se conclui que, à semelhança do que tem sido encontrado em populações reclusas, a população do EPI apresenta baixos níveis de saúde oral e necessidades de tratamento elevadas. No entanto, a passagem destes indivíduos pelo sistema prisional parece influenciar de forma positiva a sua saúde oral.

Esperava-se com esta investigação identificar possíveis diferenças entre indivíduos sem e com história de consumo de substâncias ilícitas, uma vez que a evidência científica assim o tem revelado. No entanto, não foram encontradas tantas diferenças quanto eram esperadas, nem tão marcantes, o que pode sugerir que o próprio ambiente prisional, por todas as condicionantes que lhe são inerentes, reduza desigualdades que no exterior são óbvias e determinantes para as características destes grupos. A própria reestruturação social dos indivíduos dentro das prisões e a desorganização do conceito do nível social que aí se estabelece poderá influenciar em sentidos divergentes grupos heterogêneos, convergindo numa maior homogeneidade entre estes.

Serve a reflexão para fomentar a investigação das populações prisionais.

6. Bibliografia

1. Treadwell H, Northridge M, Bethea T. Building the Case for Oral Health Care for Prisoners: Presenting the Evidence and Calling for Justice. In: Greifinger RB, editor. *Public Health Behind Bars - From Prisons to Communities*. New York: Springer; 2007. p. 333-344.
2. Special Eurobarometer 330 In: Consumers GHa, editor. *Report Oral Health*. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010.
3. Almeida C, Emílio MC, Moller I, Marthaler T. 1º Inquérito nacional explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral II parte. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial* 1990;XXXI(4):215-230.
4. Almeida C, Emílio MC, Moller I, Marthaler T. 1º Inquérito nacional explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial* 1990;XXXI(3):137-149.
5. Braz MPV. *Estudo da saúde oral e necessidades de tratamento em idosos institucionalizados [Tese de Doutoramento]*. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2011.
6. Fernandes JCAS. *Necessidades Protéticas na População Portuguesa Institucionalizada - Contribuição para o seu Estudo [Tese de Doutoramento]*. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 1995.
7. Marques MD. *Saúde Oral de uma População do Porto, do grupo etário dos 30-39 anos [Tese de Doutoramento]*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 1994.
8. Meyer K. *Oral health of Portuguese adults [Thesis of Licentiatatus]*. Bergen, Norway: Faculty of Dentistry, University of Bergen; 1990.
9. Ministério da Saúde. Despacho nº153/2005. *Diário da República*, 2ª série. 5 Janeiro 2005; 3.
10. Ministério da Saúde. Despacho nº4324/2008. *Diário da República*, 2ª série, 19 Fevereiro 2008; 35:6497-6498.
11. Ministério da Saúde. Despacho nº 16159/2010. *Diário da República*, 2.ª série, 26 Outubro 2010; 208:52793.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº301/2009. *Diário da República*, 2ª série, 6 Abril 2009; 67.
13. Treadwell H, Ro M. Poverty, race, and the invisible men. *American Journal of Public Health* 2008;98(1):S142-S144.
14. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology & Endodontology* 2011;112(4):453-462.
15. Poveda Roda R, Bagán JV, Díaz Fernández JM, Hernández Bazán S, Jiménez Soriano Y. Review of temporomandibular joint pathology: Part I: classification, epidemiology and risk factors. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal* 2007;12:292-298.

16. Okeson JP. Etiología e identificación de los trastornos funcionales del sistema masticatorio. In: Okeson J, editor. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Spanish Edition ed: Elsevier; 2003. p. 142-144.
17. Buarque e Silva WA, Andrade e Silva F, Ribeiro CE, Buarque e Silva LL, de Oliveira M. Prevalência de sinais e sintomas de disfunções temporomandibulares (DTM) em adultos tratados no CETASE: estudo piloto transversal. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2011;52:200-204.
18. Casanova-Rosado JF, Medina-Solís CE, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ, Hernández-Prado B, Ávila-Burgos L. Prevalence and associated factors for temporomandibular disorders in a group of Mexican adolescents and youth adults. *Clinical Oral Investigations* 2006;10(1):42-49.
19. Costa MEC. Estudo de Prevalência de Sintomas de Distúrbios da Articulação Temporomandibular em Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior [Dissertação de Mestrado Integrado]: Faculdade de Ciências da Saúde Universidade da Beira Interior; 2010.
20. Dias MCN. Prevalência e Gravidade de Distúrbios temporomandibulares em estudantes de Medicina Dentária da Universidade do Porto [Dissertação de Mestrado Integrado]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2010.
21. Feteih RM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban Saudi Arabian adolescents: a research report. *Head & Face Medicine* 2006;2:25.
22. HANSSON T, NILNER M. A study of the occurrence of symptoms of disease of the temporomandibular joint masticatory musculature and related structures. *Journal of Oral Rehabilitation* 1975;2(4):313-324.
23. Katz J. The Epidemiology of Self-reported TMJ Sounds and Pain in Young Adults in Israel. *Journal of Public Health Dentistry* 2002;62(3):177-179.
24. Magalhães PDM. Prevalência de Distúrbios Temporomandibulares em Doentes Ansiosos e Depressivos [Dissertação de Mestrado Integrado]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2010.
25. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. *Acta Odontologica* 2005;63(2):99-109.
26. Milet VO. Disfunção temporomandibular: Estudo de sinais, sintomas e diagnóstico clínico em pacientes de DTM na consulta de Estomatologia do Hospital de S. João [Dissertação de Mestrado Integrado]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2011.
27. Ryalat S, Baqain ZH, Amin WM, Sawair F, Samara O, Badran DH. Prevalence of Temporomandibular Joint Disorders among Students of the University of Jordan. *Journal of Clinical Medicine Research* 2009(3):158-164.
28. Dworkin SF. The dentist as biobehavioral clinician. *Journal of Dental Education* 2001;65(12):1417-1429.

29. Dworkin S. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: current status & future relevance¹. *Journal of Oral Rehabilitation* 2010;37(10):734-743.
30. Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbach R, LeResche L, Truelove E. Reliability, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *Journal of Orofacial Pain* 2002;16(3):207-220.
31. Schiffman EL, Truelove EL, Ohrbach R, Anderson GC, John MT, List T, et al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. I: overview and methodology for assessment of validity. *Journal of Orofacial Pain* 2010;24(1):7-24.
32. Haythornthwaite J. IMMPACT recommendations for clinical trials: opportunities for the RDC/TMD. *Journal of Oral Rehabilitation* 2010;37(10):799-806.
33. Look JO, John MT, Tai F, Huggins KH, Lenton PA, Truelove EL, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: reliability of Axis I diagnoses and selected clinical measures. *Journal of Orofacial Pain* 2010;24(1):25-34.
34. Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H. Health in Prisons: A WHO guide to the essentials in prison health: WHO; 2007.
35. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet* 2011;377(9769):956-965.
36. Robson B, Harris R. Hauora: Māori Standards of Health IV. A study of the years 2000–2005: in November 2007 by Te Rōpū Rangahau Hauora a Eru Pōmare, School of Medicine; 2007.
37. Wright N. Medical aspects of care for prisoners. In: NAPDUK, editor. *Dentistry in prisons - a guide to working within the prison environment*. London: Stephen Hancocks Limited; 2010.
38. Harris F, Hek G, Condon L. Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. *Health and Social Care in the Community* 2006;15(1):56-66.
39. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006;101(2):181-191.
40. Heathcote-Elliott C, Tomlinson J. HMP & YOI Parc Health Needs Assessment 2009/10. *Public Health Wales NHS Trust*; 2010.
41. Glassman P, Subar P. Creating and maintaining oral health for dependent people in institutional settings. *Journal of Public Health Dentistry* 2010;70:40-48.
42. Nunn J. The prison population. In: NAPDUK, editor. *Dentistry in prisons - a guide to working within the prison environment*. London: Stephen Hancocks Limited; 2010.
43. Loeb SJ, AbuDagga A. Health-related research on older inmates: An integrative review. *Research in Nursing & Health* 2006;29(6):556-565.
44. Regras Penitenciárias Europeias: Conselho da Europa; 2006.
45. Hancocks S. Dentists behind bars. *British Dental Journal* 2010;208(4):145-145.

46. Wilper A, Woolhandler S, Boyd J, Lasser K, McCormick D, Bor D, et al. The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *American Journal of Public Health* 2009;99(4):666-672.
47. Assembleia da República. Lei nº36/98. Diário da República, 1ª série A, 24 Julho 1998; 169:3544-3550. Sect. Diário da República - I Série-A Nº169 24-7-1998.
48. UNODC. World drug report 2012. Viena: United Nations publication Sales No. E.12.XI.1.
49. Mason D, Birmingham L, Grubin D. Substance use in remand prisoners: a consecutive case study. *BMJ* 1997;315(7099):18-21.
50. Haller DM, Sebo P, Cerutti B, Bertrand D, Eytan A, Niveau G, et al. Primary care services provided to adolescents in detention: a cross-sectional study using ICPC-2. *Acta Paediatrica* 2010;99(7):1060-1064.
51. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Diseases* 2009;15(1):27-37.
52. Shaner J, Kimmes N, Saini T, Edwards P. "Meth Mouth": Rampant Caries in Methamphetamine Abusers. *AIDS Patient Care & STDs* 2006;20(3):146-150.
53. Brondani M, Park PE. Methadone and Oral Health A Brief Review. *Journal of Dental Hygiene* 2011;85(2):92-98.
54. Klasser GD, Epstein J. Methamphetamine and its impact on dental care. *Journal of the Canadian Dental Association* 2005;71(10):759-762.
55. Almas K, Al Wazzan K, Al Hussaini I, Al-Ahdal K, Khan N. Temporomandibular joint status, occlusal attrition, cervical erosion and facial pain among substance abusers. *Odonto-stomatologie tropicale* 2007;30(117):27-33.
56. Kitsoulis P, Marini A, Iliou K, Galani V, Zimpis A, Kanavaros P, et al. Signs and symptoms of temporomandibular joint disorders related to the degree of mouth opening and hearing loss. *BMC Ear Nose and Throat Disorders* 2011;11(1):5.
57. Martins MSN. Estudo epidemiológico da prevalência do bruxismo : Sinais e sintomas numa população toxicodependente [Dissertação de Mestrado Integrado]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2011.
58. McGrath C, Chan B. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *British Dental Journal* 2005;198(3):159-162.
59. Walsh T, Tickle M, Milsom K, Buchanan K, Zoitopoulos L. An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. *British Dental Journal* 2008;204(12):683-689.
60. Donaldson S. Health promotion. In: NAPDUK, editor. *Dentistry in prisons - a guide to working within the prison environment*. London: Stephen Hancocks Limited; 2010.
61. NHS. Choosing health in Dorset - The Dorset public health report 2005. Dorset County Council; 2005.
62. NAPDUK, editor. *Dentistry in prisons - a guide to working within the prison environment*

London: Stephen Hancocks Limited; 2010.

63. Boyer E, Nielsen-Thompson N, Hill T. A comparison of dental caries and tooth loss for Iowa prisoners with other prison populations and dentate US adults. *Journal of Dental Hygiene* 2002;76(2):141-150.

64. Cerqueira RT. Estudo da Prevalência da Cárie Dentária numa População Prisional Feminina do Distrito do Porto [Dissertação de Mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2005.

65. Heidari E, Dickinson C, Wilson R, Fiske J. Verifiable CPD paper: oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *British Dental Journal* 2007;202(2):E1.

66. Heng CK, Morse DE. Dental Caries Experience of Female Inmates. *Journal of Public Health Dentistry* 2002;62(1):57-61.

67. Kulkarni SP, Baldwin S, Lightstone AS, Gelberg L, Diamant AL. Is Incarceration a Contributor to Health Disparities? Access to Care of Formerly Incarcerated Adults. *Journal of Community Health* 2010;35(3):268-274.

68. McGrath C. Oral health behind bars: A study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population. *Gerodontology* 2002;19(2):109-114.

69. Nobile CGA, Fortunato L, Pavia M, Angelillo IF. Oral health status of male prisoners in Italy. *International Dental Journal* 2007;57(1):27-35.

70. Osborn M, Butler T, Barnard P. Oral health status of prison inmates—New South Wales, Australia. *Australian Dental Journal* 2003;48(1):34-38.

71. Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *International Dental Journal* 2012;62(1):27-32.

72. Harvey S, Anderson B, Cantore S, King E, Malik F, Bedi R. Reforming prison dental services in England – a guide to good practice. *Health Education Journal* 2005;4:1-39.

73. Oral health improvement dental commissioning strategy 2008-2013. In: Trust SSPC, editor. South Staffordshire: NHS; 2008.

74. Gray R. Before the surgery visit. In: NAPDUK, editor. *Dentistry in prisons - a guide to working within the prison environment*. London: Stephen Hancocks Limited; 2010.

75. Buchanan KM, Milsom KM, Zoiopoulos L, Pau A, Tickle M. The performance of a screening test for urgent dental treatment need in a prison population. *British Dental Journal* 2008;205(10):E19-E19.

76. Direcção-Geral dos Serviços Prisionais [database on the Internet] [cited 30/06/2011]. Available from: www.dgsp.mj.pt.

77. Assembleia da República. Lei nº115/2009. *Diário da República*, 1ª série, 12 Outubro 2009; 197:7422-7464.

78. Ministério da Justiça. Decreto-Lei nº51/2011. *Diário da República*, 1ªsérie, 11 Abril 2011; 71:2180-2225.

79. Manual de Procedimentos - Para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais; 2009.

80. DGSP MdJ. Estatísticas do ano 2011. 2012 [cited 2012 25/06]; Available from: <http://www.dgsp.mj.pt/>.
81. DGSP MdJ. Estruturas e Equipamentos 2011. 2012 [cited 2012 25/06]; Available from: <http://www.dgsp.mj.pt/>.
82. Ministério da Justiça. Decreto-Lei nº 300/95. Diário da República, 1ª série A, 18 Novembro 1995; 267.
83. Relatório de Actividades 2010 Volume II: DGSP, Ministério da Justiça 2010.
84. Plano de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença - Estabelecimento Prisional de Izeda. Ministério da Justiça - DGSP; 2012.
85. IDT. Catálogo Assistencial - Centro de Respostas Integradas de Bragança. Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP Delegação Regional do Norte; 2011.
86. WHO. Reliability and Validity of Data. Oral health surveys: basic methods. Geneva: World Health Organization 1997.
87. Graffar M. Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. Courrier 1956;6(8):455-459.
88. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders [database on the Internet]1992.
89. Hellden L, Salonen L, Gustafson I. Oral health status in an adult Swedish population: prevalence of teeth, removable dentures and occlusal supporting zones. Swedish Dental Journal 1989;12:45-60.
90. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders [database on the Internet]1992 [cited 25/06/2011]. Available from: http://www.rdc-tmdinternational.org/Portals/18/protocol_RDC/RDC%20Booklet_updated%202011.pdf.
91. Pereira Júnior FJ, Favilla EE, Dworkin S, Huggins K. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). Tradução oficial para a língua portuguesa. Jornal Brasileiro de Clínica Odontologica Integrada 2004;8(47):384-395.
92. Ohrbach R, Turner JA, Sherman JJ, Mancl LA, Truelove EL, Schiffman EL, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: evaluation of psychometric properties of the Axis II measures. Journal of Orofacial Pain 2010;24(1):48-62.
93. Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares CDP/DTM [database on the Internet]2011 [cited 25/06/2011]. Available from: [http://www.rdc-tmdinternational.org/TMDAssessmentDiagnosis/RDCTMD/Translations/Portuguese\(Portugal\).aspx](http://www.rdc-tmdinternational.org/TMDAssessmentDiagnosis/RDCTMD/Translations/Portuguese(Portugal).aspx).
94. Lucena LBS, Kosminsky M, Costa LJ, Góes PSA. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. Brazilian Oral Research 2006;20(4):312-317.
95. Kosminsky M, Lucena LBS, Siqueira JTT, Pereira Junior FJ, Góes PSA. Adaptação cultural do questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular

Disorders: Axis II para o português. *Jornal Brasileiro de Clinica Odontologica Integrada* 2004;8(43):51-61.

96. Reece A. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Australian Dental Journal* 2007;52(2):144-149.

97. Fan J, Hser Y-I, Herbeck D. Tooth Retention, Tooth Loss and Use of Dental Care Among Long-Term Narcotics Abusers. *Substance Abuse* 2006;27(1-2):25-32.

98. Marques-Vidal P, Milagre V. Are oral health status and care associated with anxiety and depression? A study of Portuguese health science students. *Journal of Public Health Dentistry* 2006;66(1):64-66.

99. Winocur E, Gavish A, Volfen G, Halachmi M, Gazit E. Oral motor parafunctions among heavy drug addicts and their effects on signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain* 2001;15(1):56-63.

100. WHO. Assessment Form. Oral health surveys: basic methods. Geneva: World Health Organization; 1997.

101. Carvalho JFC. Terceiro molar: Estudo da prevalência e das repercussões da inclusão numa população portuguesa [Tese de Doutoramento]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 1993.

102. Tada A, Hanada N. Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in Japanese young adults. *Public Health* 2004;118(2):104-109.

103. Marques MD, Teixeira-Pinto A, da Costa-Pereira A, Eriksen HM. Prevalence and determinants of periodontal disease in Portuguese adults: results from a multifactorial approach. *Acta Odontologica* 2000;58(5):201-206.

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

7. Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Anexo 2 – Autorização da investigação pela Direção Geral dos Serviços Prisionais

Anexo 3 – Entrevista

Anexo 4 - Classificação social internacional de Graffar

Anexo 5 - Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders

Anexo 6 – Exame clínico

Anexo 7 - Explicação do Estudo

Anexo 8 - Declaração de Consentimento Informado

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto



Exmo. Senhor

Dra. Alexandra Maria Pombal Lázaro

Estudante do Curso de Mestrado em

Reabilitação Oral da Faculdade de Medicina

Dentária da U. Porto

001028

3-0-NOV 2011

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do projecto de investigação subordinado ao tema: “Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão – Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português”.

Informo V.Exa. que o projeto supra citado foi:

- Aprovado.

Com os melhores cumprimentos,


O Presidente da Comissão de Ética

António Felino
(Professor Catedrático)

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Anexo 2. Autorização da investigação pela Direcção Geral dos Serviços Prisionais

			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS			
Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas			
Exmo(a) Senhor(a)			
Prof. Doutor João Carlos Antunes Sampaio			
Fernandes			
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade			
do Porto			
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva			
4200 - 392 Porto			
<i>V/ referência</i>	<i>N/ referência</i>	<i>Ofício N.º</i> 7/DSPRE	<i>Data</i> 4.01.2012
Assunto: Investigação Académica para Mestrado em Reabilitação Oral pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto			
<p>Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Senhor Director – Geral, Dr. Rui Sá Gomes, datado de 2/01/2012, e tendo em vista a realização de uma investigação académica, no âmbito do Mestrado em Reabilitação Oral, a Dra. Alexandra Maria Pombal Lázaro está autorizada a desenvolver o trabalho no Estabelecimento Prisional de Izeda.</p>			
<p>Considerando que o estudo pode ter interesse como contributo para a análise e caracterização da saúde oral na população reclusa, foi autorizado mediante as seguintes condições:</p>			
<ul style="list-style-type: none">• a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direcção do Estabelecimento Prisional, por forma a que se conciliem os objectivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação da vida quotidiana do Estabelecimento;• a execução do trabalho esteja sempre dependente da disponibilidade dos reclusos para, após consentimento informado, colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação. O assentimento dos inquiridos seja passado a escrito, ficando cópia no EP;			
Travessa da Cruz do Tovel, n.º 1 – 1150-122 Lisboa – Tel. 218812200 – Fax. 218853653 – E-mail: DSPDERI@dgsp.mj.pt Apartado 21207 – 1133-001 Lisboa			

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português



Pág. Nº 2

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS

Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas

- a investigadora fique obrigada a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia à Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas.

Com os melhores cumprimentos

A Directora de Serviços

Maria José Matos

ML/2012

Anexo 3. Entrevista

Dados do Participante

Data:

Qual a sua idade?

Que idade tinha quando foi preso pela 1ª vez?

Já foi preso mais que uma vez? ☐ Não ☐ Sim, quantas? _

Quantos anos de pena já cumpriu?

História Clínica

Sofre de alguma destas doenças?

☐ Esquizofrenia ☐ Epilepsia ☐ Depressão ☐ HIV/SIDA ☐ Hepatite ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐

Outras, quais? ☐ Não

Toma alguma das seguintes medicações?

☐ Antidepressivos ☐ Ansiolíticos ☐ Anti psicóticos ☐ Antiepiléticos ☐ Anti parkinsónicos ☐ Outros, quais?

☐ Não

Hábitos de higiene oral

Costuma escovar os dentes? ☐ Não ☐ Sim, às vezes ☐ Sim, todos os dias, quantas vezes por dia? _

Antes de ser preso, já tinha consultado o Médico Dentista? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, consultava o Médico Dentista:

☐ regularmente ☐ pelo menos uma vez por ano ☐ só em caso de dor

Se nunca consultou o Médico Dentista ou só o fez em casos de dor, é porque:

☐ não considerava necessário ☐ não tinha tempo ☐ consultas caras ☐ medo/ansiedade ☐ outro, qual?

Desde que foi preso, já consultou o Médico Dentista num estabelecimento prisional (EP)? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, consultou:

☐ para saber se estava tudo bem ☐ para continuar tratamento ☐ por sentir dores

Se nunca consultou o dentista num EP ou só o fez em casos de dor, é porque:

☐ não considera necessário ☐ não tem tempo ☐ a lista de espera é longa ☐ medo/ansiedade

☐ não confia nos serviços clínicos ☐ outro, qual?

Hábitos e vícios

É fumador? ☐ Não, nunca fumou ☐ Ex-fumador ☐ Fumador, quantidade que fuma por dia?

Já consumiu substâncias ilícitas? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, durante quantos anos consumiu? _

Que tipo de substâncias consumia?

Cannabis ☐ Heroína ☐ Cocaína ☐ Anfetaminas ☐ Ecstasy ☐ Outra ☐ Qual?

Neste momento faz algum programa de reabilitação?

☐ Não ☐ Sim, qual? ☐ Metadona ☐ Naltrexona ☐ Buprenorfina ☐ Não sabe qual

Prótese Dentária

Tem alguma prótese dentária? ☐ Não ☐ Sim

Se tem, onde foi feita? ☐ Em liberdade ☐ Estabelecimento prisional ☐ No exterior mas já depois de ser preso

Há quanto tempo tem prótese dentária (anos)? _

Usa a prótese que tem? ☐ Sim ☐ Não, porquê? ☐ Apenas uma delas, porquê?

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Anexo 4. Classificação social internacional de Graffar⁸⁷

Profissão

1. Diretores técnicos de empresas e de bancos, licenciados, militares de alta patente.
2. Chefes de secção administrativa ou de negócios de grandes empresas, subdiretores, peritos, técnicos e comerciantes.
3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra.
4. Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.
5. Trabalhadores manuais não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

Nível de escolaridade

1. Ensino universitário ou equivalente (mais de 12 anos de estudo).
2. Ensino médio ou técnico superior (10 a 12 anos de estudo).
3. Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo).
4. Ensino primário completo (6 anos de estudo).
5. Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

Fontes de rendimento familiar

1. Fortuna herdada ou adquirida.
2. Lucros de empresas, altos honorários, cargos bem remunerados.
3. Vencimento mensal fixo.
4. Salários (por semana, jorna, horas ou tarefa).
5. Sustento por beneficência pública ou privada.

Conforto do alojamento

1. Casa ou andar de luxo, grande, com máximo de conforto.
2. Alojamento de categoria intermédia entre 1 e 3: casa ou andar espaçoso e confortável.
3. Casa ou andar modestos; em bom estado de conservação, com cozinha e WC.
4. Categoria intermédia entre 3 e 5.
5. Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade.

Aspetto do bairro onde se situa a habitação

1. Bairro residencial elegante, caro.
2. Bairro residencial bom, confortável.
3. Ruas comerciais estreitas e antigas.
4. Bairro operário populoso e mal arejado.
5. Bairros de lata.

Pontuação Final

- Classe I (superior): 5 a 9 pontos
Classe II: 10 a 13 pontos
Classe III: 14 a 17 pontos
Classe IV: 18 a 21 pontos
Classe V (inferior): 22 a 25 pontos

Anexo 5. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders⁸⁸

Please read each question and respond accordingly. For each of the questions below circle only one response.

1. Would you say your health in general is excellent, very good, good, fair or poor?

Excellent 1 Very good 2 Good 3 Fair 4 Poor 5

2. Would you say your oral health in general is excellent, very good, good, fair or poor?

Excellent 1 Very good 2 Good 3 Fair 4 Poor 5

3. Have you had pain in the face, jaw, temple, in front of the ear or in the ear in the past month?

No 0 Yes 1

[If no pain in the past month, SKIP to question 14]

If Yes,

4.a. How many years ago did your facial pain begin for the first time?

____ years

[If one year ago or more SKIP to question 5] [If less than one year ago, code 00]

4.b. How many months ago did your facial pain begin for the first time?

____ months

5. Is your facial pain persistent, recurrent or was it only a one-time problem?

Persistent 1 Recurrent 2 One-Time 3

6. Have you ever gone to a physician, dentist, chiropractor or other health professional for facial ache or pain?

No 1 Yes, in the last six months 2 Yes, more than six months ago 3

7. How would you rate your facial pain on a 0 to 10 scale at the present time, that is right now, where 0 is "no pain" and 10 is "pain as bad as could be"?

No pain Pain as bad as could be

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. In the past six months, how intense was your worst pain rated on a 0 to 10 scale where 0 is "no pain" and 10 is "pain as bad as could be"?

No pain Pain as bad as could be

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. In the past six months, on the average, how intense was your pain rated on a 0 to 10 scale where 0 is "no pain" and 10 is "pain as bad as could be"? [That is, your usual pain at times you were experiencing pain].

No pain Pain as bad as could be

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. About how many days in the last six months have you been kept from your usual activities (work, school or housework) because of facial pain?

____ DAYS

11. In the past six months, how much has facial pain interfered with your daily activities rated on a 0 to 10 scale where 0 is "no interference" and 10 is "unable to carry on any activities"?

No Interference Unable To Carry On Any Activities

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. In the past six months, how much has facial pain changed your ability to take part in recreational, social and family activities where 0 is "no interference " and 10 is "extreme change"?

No **Interference** **Unable To Carry On Any Activities**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. In the past six months, how much has facial pain changed your ability to work including housework where 0 is "no interference " and 10 is "extreme change"?

No **Interference** **Unable To Carry On Any Activities**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.a. Have you ever had your jaw lock or catch so that it won't open all the way?

No 0 Yes 1

[If no problem opening all the way, SKIP to question 15]

If Yes,

14.b. Was this limitation in jaw opening severe enough to interfere with your ability to eat?

No 0 Yes 1

15. a. Does your jaw click or pop when you open or close your mouth or when chewing?

No 0 Yes 1

b. Does your jaw make a grating or grinding noise when it opens and closes or when chewing?

No 0 Yes 1

c. Have you been told, or do you notice that you grind your teeth or clench your jaw while sleeping at night?

No 0 Yes 1

d. During the day, do you grind your teeth or clench your jaw?

No 0 Yes 1

e. Does your jaw ache or feel stiff when you wake up in the morning?

No 0 Yes 1

f. Do you have noises or ringing in your ears?

No 0 Yes 1

g. Does your bite feel uncomfortable or unusual?

No 0 Yes 1

16.a. Do you have rheumatoid arthritis, lupus, or other systemic arthritic disease?

No 0 Yes 1

16.b. Do you know of anyone in your family who has had any of these diseases?

No 0 Yes 1

16.c. Have you had or do you have any swollen or painful joint(s) other than the joints close to your ears (TMJ)?

No 0 Yes 1

[If no swollen or painful joints, SKIP to question 17.a.]

If Yes,

16.d. Is this a persistent pain which you have had for at least one year?

No 0 Yes 1

17.a. Have you had a recent injury to your face or jaw?

No 0 Yes 1

[If no recent injuries, SKIP to question 18]

If Yes,

17.b. Did you have jaw pain before the injury?

No 0 Yes 1

18. During the last six months have you had a problem with headaches or migraines?

No 0 Yes 1

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

19. What activities does your present jaw problem prevent or limit you from doing?

a. Chewing	No 0	Yes 1
b. Drinking	No 0	Yes 1
c. Exercising	No 0	Yes 1
d. Eating hard foods	No 0	Yes 1
e. Eating soft foods	No 0	Yes 1
f. Smiling/laughing	No 0	Yes 1
g. Sexual activity	No 0	Yes 1
h. Cleaning teeth or face	No 0	Yes 1
i. Yawning	No 0	Yes 1
j. Swallowing	No 0	Yes 1
k. Talking	No 0	Yes 1
l. Having your usual facial appearance	No 0	Yes 1

20. In the last month, how much have you been distressed by. . .

	Not At All	A Little Bit	Moderately	Quite A Bit	Extremely
a. Headaches	0	1	2	3	4
b. Loss of sexual interest or pleasure	0	1	2	3	4
c. Faintness or dizziness	0	1	2	3	4
d. Pains in the heart or chest	0	1	2	3	4
e. Feeling low in energy or slowed down	0	1	2	3	4
f. Thoughts of death or dying	0	1	2	3	4
g. Poor appetite	0	1	2	3	4
h. Crying easily	0	1	2	3	4
i. Blaming yourself for things	0	1	2	3	4
j. Pains in the lower back	0	1	2	3	4
k. Feeling lonely	0	1	2	3	4
l. Feeling blue	0	1	2	3	4
m. Worrying too much about things	0	1	2	3	4
n. Feeling no interest in things	0	1	2	3	4
o. Nausea or upset stomach	0	1	2	3	4
p. Soreness of your muscles	0	1	2	3	4
q. Trouble falling asleep	0	1	2	3	4
r. Trouble getting your breath	0	1	2	3	4
s. Hot or cold spells	0	1	2	3	4
t. Numbness or tingling in parts of your body	0	1	2	3	4
u. A lump in your throat	0	1	2	3	4
v. Feeling hopeless about the future	0	1	2	3	4
w. Feeling weak in parts of your body	0	1	2	3	4
x. Heavy feelings in your arms or legs	0	1	2	3	4
y. Thoughts of ending your life	0	1	2	3	4
z. Overeating	0	1	2	3	4
aa. Awakening in the early morning	0	1	2	3	4
bb. Sleep that is restless or disturbed	0	1	2	3	4
cc. Feeling everything is an effort	0	1	2	3	4
dd. Feelings of worthlessness	0	1	2	3	4
ee. Feeling of being caught or trapped	0	1	2	3	4
ff. Feelings of guilt	0	1	2	3	4

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

21. How good a job do you feel you are doing in taking care of your health overall?

Excellent 1 Very good 2 Good 3 Fair 4 Poor 5

22. How good a job do you feel you are doing in taking care of your oral health?

Excellent 1 Very good 2 Good 3 Fair 4 Poor 5

23. When were you born?

Month ____ Day ____ Year ____

24. Are you male or female?

Male 1 Female 2

25. Which of the following groups best represent your race?

Aleut, Eskimo or American Indian 1 Asian or Pacific Islander 2

Black 3 White 4 Other 5 (please specify) _____

26. Are any of these groups your national origin or ancestry?

Puerto Rican 1 Cuban 2 Mexican/Mexicano 3 Mexican American 4 Chicano 5

Other Latin American 6 Other Spanish 7 None of the above 8

27. What is the highest grade or year of regular school that you have completed?

Never attended or Kindergarten: 00

Elementary School: 1 2 3 4 5 6 7 8

High School: 9 10 11 12

College: 13 14 15 16 17 18+

28. During the past 2 weeks, did you work at a job or business not counting work around the house (include unpaid work in the family farm/business)?

Yes 1 No 2

29. Are you married, widowed, divorced, separated or never been married?

Married-spouse in household 1 Married-spouse not in household 2 Widowed 3

Divorced 4 Separated 5 Never Married 6

30. Which of the following best represents your total combined household income during the past 12 months?

___ \$0-\$14,999 ___ \$25,000-\$34,999 ___ \$50,000 or more

___ \$15,000-\$24,999 ___ \$35,000-\$49,999

31. What is your USA 5 digit zip code or your International Area Code? ____

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA - TMD CLINICAL EXAMINATION FORM

1. Do you have pain on the right side of your face, the left side or both sides?

None 0 Right 1 Left 2 Both 3

2. Could you point to the areas where you feel pain?

Right None 0 Jaw Joint 1 Muscles 2 Both 3

Left None 0 Jaw Joint 1 Muscles 2 Both 3

[Examiner feels area subject points to, if it is unclear whether it is joint or muscle pain]

3. Opening Pattern

Straight	0
Right Lateral Deviation (uncorrected)	1
Right Corrected ("S") Deviation	2
Left Lateral Deviation (uncorrected)	3
Left Corrected ("S") Deviation	4
Other	5
Type (specify)	

4. Vertical Range of Motion Maxillary incisor used: 8 9

		Muscle Pain				Joint Pain			
	mm	None	Right	Left	Both	None	Right	Left	Both
a. Unassisted opening without pain	mm								
b. Maximum unassisted opening	mm	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Maximum assisted opening	mm	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Vertical incisal overlap	mm								

5. Joint Sounds (palpation)

		RIGHT	LEFT
a. Opening	None	0	0
	Click	1	1
	Coarse Crepitus	2	2
	Fine Crepitus	3	3
Measurement of Opening Click		mm	mm

		RIGHT	LEFT
b. Closing	None	0	0
	Click	1	1
	Coarse Crepitus	2	2
	Fine Crepitus	3	3
Measurement of Opening Click		mm	mm

		RIGHT	LEFT
c. Reciprocal click eliminated on	No	0	0
protrusive opening	Yes	1	1
	NA	8	8

6. Excursions

		Muscle Pain				Joint Pain			
	mm	None	Right	Left	Both	None	Right	Left	Both
a. Right Lateral Excursion	mm	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Left Lateral Excursion	mm	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Protrusion	mm	0	1	2	3	0	1	2	3

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

d. Midline Deviation	mm	Right 1	Left 2	NA 3
7. Joint Sounds on Excursions				
Right Sounds:	None	Click	Coarse Crepitus	Fine Crepitus
Excursion Right	0	1	2	3
Excursion Left	0	1	2	3
Protrusion	0	1	2	3
Left Sounds:	None	Click	Coarse Crepitus	Fine Crepitus
Excursion Right	0	1	2	3
Excursion Left	0	1	2	3
Protrusion	0	1	2	3

DIRECTIONS, ITEMS 8-10

The examiner will be palpating (touching) different areas of your face, head and neck. We would like you to indicate if you do not feel pain or just feel pressure (0), or pain (1-3). Please rate how much pain you feel for each of the palpations according to the scale below. Circle the number that corresponds to the amount of pain you feel. We would like you to make a separate rating for both the right and left palpations.

0 = No Pain/Pressure Only

1 = Mild Pain

2 = Moderate Pain

3 = Severe Pain

8. Extraoral muscle pain with palpation:

	RIGHT				LEFT			
a. Temporalis (posterior) "Back of temple"	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporalis (middle) "Middle of temple"	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporalis (anterior) "Front of temple"	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter (superior) "Cheek/under cheekbone"	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter (middle) "Cheek/side of face"	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter (inferior) "Cheek/jawline"	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Posterior mandibular region (Stylohyoid/posterior digastric region) "Jaw/throat region"	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Submandibular region (Medial pterygoid/Suprahyoid/anterior digastric region) "Under chin"	0	1	2	3	0	1	2	3

9. Joint pain with palpation:

	RIGHT				LEFT			
a. Lateral pole "outside"	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Posterior attachment "inside ear"	0	1	2	3	0	1	2	3

10. Intraoral muscle pain with palpation:

	RIGHT				LEFT			
a. Lateral pterygoid area "Behind upper molars"	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendon of temporalis "Tendon"	0	1	2	3	0	1	2	3

RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TMD

Specifications for Clinical Examination

A. GENERAL DIRECTIONS FOR EXAMINATION

1. All questionnaire and examination items need to be completed unless the subject refuses or is unable to cooperate. In this case, write "SR" (subject refuses) in large block letters adjacent to the examination item and note why the subject refuses or cannot do item.
2. All measurements will be conducted with the jaw muscles in a passive state, unless the examination specifies otherwise. The joints and muscles should not receive additional weight or pressure at any time.
3. All millimeter recordings will be done as single or double digits. If a double-digit reading is only one digit, precede with a lead zero. If a measurement is between two millimeter markings, record the lesser value.
4. Subjects will sit in chairs at approximately a 90-degree angle to the examiner.
5. Examiners will wear gloves at all times.
6. Subjects with replacement prostheses will be examined with the prostheses in their mouth except if it is necessary to remove these for observing the mucosa and gingiva and performing intraoral palpations. Bite plates and other appliances that do not replace teeth are to be removed for the examination.
7. If the subject has a beard, a neck brace or any other potential physical barrier that may interfere with muscle or TMJ palpation, indicate this.
8. Conduct the examination procedures in the order on the form and record all measurements in the appropriate places on the specified form.
9. Items 4.d, Vertical incisal overlap, and 6.d, Midline deviation, are included so corrections to measurements in items 4 and 6, respectively, can be done to determine actual values of openings and excursions. For items 4.a through 4.c, the amount of vertical incisor overlap (4.d) should be added to each of these measurements to determine the actual amount of opening. For items 6.a and 6.b, if midline deviation (6.d) is greater than 0, this measurement should be added to one side of the lateral excursion and subtracted from the other side.

For example: If a subject has a 2-mm deviation to the right, then subtract 2 mm from the value given to the right lateral excursion and add 2 mm to the value given to the left lateral excursion.

Note: Because the research diagnostic criteria require self-report of pain location (examination items 1 and 2), verified by the examiner, these items have been moved from the questionnaire to the examination. This will allow the examiner the opportunity to reliably confirm the type and location of pain.

B. EXAMINATION

1. Circle the appropriate answer. If the subject indicates midline pain score as "Both."
2. Circle the appropriate answer. If it is unclear to the examiner whether the subject is indicating a joint or muscle, press on the area as lightly as possible to correctly identify the anatomic site. For example, if the subject indicates pain in the joint, but the examiner identifies the location as muscle, the examiner's findings are those which are recorded.
3. *Opening Pattern.* General Instruction: Ask the subject to position the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position with your teeth lightly touching.") Place your thumb under the subject's lower lip so that the lip reveals the lower teeth. This will facilitate observing midline deviation. Ask the subject to open the mouth as wide as possible, even if he/she feels pain. ("I'd like you to open your mouth as wide as you can, even if it's a little painful.") If the degree of deviation is unclear, then use a millimeter ruler held vertically between the maxillary and mandibular incisor embrasures (or mark mandibular incisor if midlines do not match) as a guide. Ask the subject to open three times. If the subject exhibits more than one opening pattern then ask the subject to repeat the three openings and score according to the following criteria (*note:* only opening pattern is assessed).
 - a. *Straight.* If there is no perceptible deviation upon opening.
 - b. *Lateral Deviation to Right or Left.* For deviations that are visually perceptible to one side at maximum opening, determine which side of the subject's face the deviation goes towards and record accordingly.
 - c. *Corrected Deviation ("S" Deviation).* The subject exhibits a perceptible deviation to the right or left but corrects to the midline before or upon reaching the maximum unassisted mandibular opening.

d. *Other*. The subject exhibits jerky opening (not smooth or continuous) or has an opening other than those provided; indicate this and the type of deviation. If the subject has more than one opening pattern, use this category and write "more than one."

4. *Vertical Range of Motion of Mandible*. If the subject is wearing a denture or partial and it is loose, compress it against the ridge for all opening measurements.

a. *Unassisted (Mandibular) Opening Without Pain*

i. *Obtaining Measurement*. Ask the subject to place the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position.") Ask the subject to open the mouth as far as possible (unassisted), without feeling any pain. ("I would like for you to open as wide as you can without feeling any pain.") Place the edge of the millimeter ruler at the incisal edge of the maxillary central incisor that is the most vertically oriented and measure vertically to the labioincisal edge of the opposing mandibular incisor; record this measurement. Indicate on the form which maxillary incisor was chosen. If the subject did not open at least 30 mm, to insure understanding, repeat the opening. If the second opening still does not produce more than a 30-mm opening, record the measurement.

b. *Maximum Unassisted (Mandibular) Opening*

i. *Obtaining Measurement*. Ask the subject to place the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position.") Then ask the subject to open the mouth as wide as possible, even if he/she feels pain. ("I would like for you to open your mouth as wide as you can, even if it's a little uncomfortable.") Place the edge of the millimeter ruler at the incisal edge of the maxillary central incisor that is the most vertically oriented and measure vertically to the labioincisal edge of the opposing mandibular incisor; record this measurement.

ii. *Pain*. Ask the subject if he/she felt pain on maximum unassisted opening. ("When you opened this time, did you have any pain?") Record whether or not they had pain, and the location. The location is scored in two ways: by left and/or right side and specifically whether or not the pain is in the joint. Two entries are required for items 4.b and 4.c to assess pain: record side of pain as "None" (0), "Right" (1), "Left" (2) or "Both" (3). Also record if pain in the joint is "Present" (1) or "Absent" (0). If the subject had no pain, circle "NA" (9) for location. If he/she indicates pressure or tightness, score as "None."

c. *Maximum Assisted (Mandibular) Opening*

i. *Obtaining Measurement*. Ask the subject to position the mandible in a comfortable position. ("Place your mouth in a comfortable position.") Ask the subject to open the mouth as wide as possible, even if he/she feels pain. ("I would like for you to open your mouth as wide as you can, even if it's a little uncomfortable.") After the subject has opened this wide, place your thumb on the subject's maxillary central incisors, and cross your index finger over to the subject's mandibular central incisors. From this position you will gain the leverage necessary to force the subject's mouth open wider. Use moderate pressure, but do not forcefully open the mouth wider. ("I am checking to see if I can push your mouth open a little further and I will stop if you raise your hand.") Measure from labioincisal edge of the same maxillary central incisor as before to the labioincisal edge of the mandibular incisor with the millimeter ruler; record the measurement.

ii. *Pain*. Record whether or not the subject felt pain and the location. ("Did you feel any pain when I tried to open your mouth wider with my fingers?") Score pain locations as in maximum unassisted opening. If they indicated feeling pressure or tightness, score as "None."

d. *Vertical Incisal Overlap*. Ask the patient to close the teeth completely together. With a pen or fingernail, mark the line where the incisal edge of the same maxillary central incisor used before for measurements overlaps the mandibular incisor. Measure the distance from the mandibular incisal edge to the marked line and record the measurement.

5. *Temporomandibular Joint Sounds on Palpation for Vertical Range of Motion*.

General Instructions: Subjects will indicate the presence or absence of sounds; if present, the examiners will score the *type* of sound observed. Place left index finger over the subject's right TMJ and the right index finger over the subject's left TMJ (preauricular area). The pad of the right finger is placed anterior to the tragus of the ear. Ask the subject to slowly open as wide as possible, even if it causes pain. Each closure should bring the teeth completely together in maximum intercuspation. Ask the subject: "While I have my fingers over your joint, I would like you to slowly open as wide as you can and then slowly close until your teeth are completely together." Ask the subject to open and close 3 times. Record the

action/sound that the joint produces, on opening or closing as detected by palpation and as defined below.

a. *Definition of sounds*

0 = *None*.

1 = *Click*. A distinct sound, of brief and very limited duration, with a clear beginning and end, which usually sounds like a "click." Circle this item only if the click is reproducible on two of three openings/closings.

2 = *Coarse Crepitus*. A sound that is continuous, over a longer period of jaw movement. It is not brief like a click or pop; the sound may make overlapping continuous noises. This sound is not muffled; it is the noise of bone grinding against bone, or like a stone grinding against another stone.

3 = *Fine Crepitus*. Fine crepitus is a fine grating sound that is continuous over a longer period of jaw movement on opening or closing. It is not brief like a click; the sound may make overlapping continuous sounds. It may be described as a rubbing or crackling sound on a rough surface.

b. *Scoring of clicking sounds*. While many of the following types of sounds are not pertinent to specific diagnostic criteria, this exhaustive list of definitions is provided in order to better delineate how the sound types required to meet RDC may differ from other sounds.

i. *Reproducible Opening Click*. If upon opening and closing from maximum intercuspation, a click is noted on two of three opening movements, record as positive for opening click.

ii. *Reproducible Closing Click*. A click present on two of three closing mandibular movements.

iii. *Reproducible Reciprocal Click*. This sound is determined by the millimeter measurement of opening and closing clicks and the elimination of both clicks when the subject opens and closes from a protruded position. With the millimeter ruler, measure the interincisal distance at which the first opening and closing clicks are heard. Measure from labioincisal embrasure of the maxillary central identified in 4 to the labioincisal embrasure of the opposing mandibular incisor. If the clicking ceases and therefore is not measurable, leave the ____'s unfilled. (Computer analyses will then indicate this is not a reciprocal click; even though a click *had*

been present, it did not *continue* to be present.) Assess elimination of clicks on protrusive opening by asking the subject first to maximally protrude. Next ask the subject to open and close from this protruded jaw position. The opening and closing click will normally be eliminated. Circle "Yes" (1) if the click can be eliminated if the jaw is opened and closed in a protruded or more anterior jaw position. If the click is not eliminated, circle "No" (0). If the subject lacks either a reproducible opening click or a reproducible closing click, circle "NA" (9).

iv. *Non-Reproducible Click (Do Not Score)*. A nonreproducible click is present if the sound is only demonstrated periodically during opening or closing; it cannot be reproduced on at least two of three full mandibular movements. More than one sound can be circled overall for Opening (a) and Closing (b). If none (0) is circled, no other responses can be circled.

6. *Mandibular Excursive Movements*

a. *Right Lateral Excursion*

i. *Obtaining Measurement*. Ask subject to open slightly and move the mandible as far as possible to the right, even if it is uncomfortable. If necessary, repeat the movement. (*Example*: "Move your jaw as far as possible towards the right, even if it is uncomfortable, and move your jaw back to its normal position. Move your jaw back towards the right again.") With the teeth slightly separated, use a millimeter ruler to measure from the labioincisal embrasure between the maxillary centrals to the labioincisal embrasure of the mandibular incisors; record this measurement.

ii. *Pain*. Ask the subject if he/she had pain. Record whether or not the subject felt pain and the location. The location is scored in two ways: by left and/or right side and specifically whether or not the pain is in the joint. Two entries are required for items 6.a through 6.c to assess pain: record side of pain as "None" (0), "Right" (1), "Left" (2), or "Both" (3). Also record if pain in the joint is "Present" (1) or "Absent" (0). If the subject indicated feeling pressure or tightness, score as "None."

b. *Left Lateral Excursion*

i. *Obtaining Measurement*. Ask the subject to move the mandible as far as possible to the other side (left). ("I would like you to now move your jaw as far as possible towards the other side and back to its normal position.") Record this measurement in the same manner as right

excursion.

ii. *Pain*. Ask the subject if he/she had pain. Record whether or not the subject felt pain and the location. ("Did you feel any pain when you moved to the side?") Score pain locations as in right lateral excursion. If the subject indicated feeling pressure or tightness, score as "None."

c. *Protrusion*

i. *Obtaining Measurement*. Ask the subject to open slightly and protrude the mandible. ("Slide your jaw straight out in front of you as far as you can, even if it is uncomfortable.") If the subject has a deep overbite, ask him/her to open wider so he/she can protrude without getting interference from the maxillary incisors.

ii. *Pain*. Ask the subject if he/she had pain. Record whether or not the subject felt pain and the location. ("Did you feel any pain when you moved your jaw forward?") Score pain locations as in right lateral excursion. If the subject indicated feeling pressure or tightness, score as "None."

d. *Midline Deviation*. If the incisal embrasures of the maxillary and mandibular incisors do not line up vertically, determine the horizontal difference between the two while the subject is biting together. Measure in millimeters how far the mandibular embrasure is from the maxillary embrasure and on which side of the subject the mandibular embrasure is located. If the midline deviation is less than 1 mm, or there is no deviation, enter "00."

7. Temporomandibular Joint Sounds on Palpation for Lateral Excursions and Protrusion

Ask the subject to move to the right, to the left, and protrude (see 6).

a. *Definition of Sounds*. Refer to item 5.

b. *Scoring of Clicking Sounds*.

i. *Reproducible Laterotrusive and Protrusive Click*. Occurs when the TMJ displays a click with two of three lateral movements or protrusion of the mandible respectively.

ii. *Nonreproducible Laterotrusive and Protrusive Clicks*. A nonreproducible click is present if the click is only demonstrated periodically during laterotrusion movements or protrusion but cannot be reproduced on at least two of three movements. Do not score.

C. GENERAL INSTRUCTION FOR MUSCLE AND JOINT PALPATION FOR TENDERNESS

1. Examining the muscles and joint capsules for tenderness requires that you press on a specific site using the fingertips of the index and third fingers or the spade-like pad of the distal phalanx of the index finger only with standardized pressure, as follows: palpations will be done with 2 lbs of pressure for extraoral muscles (1 lb of pressure in the Posterior Mandibular Region and Submandibular Region), 1 lb of pressure on the joints and intraoral muscles. Palpate the muscles while using the opposite hand to brace the head to provide stability. The subject's mandible should be in a resting position, without the teeth touching. Palpate while muscles are in a passive state. As needed, have the subject lightly clench and relax to identify and to insure palpation of the correct muscle site. ("I'm going to press on some muscles. I would like for you to clench your teeth together gently and then relax and have your teeth slightly apart from each other.") First locate the site of palpation using the landmarks described and then press. Because the site of maximum tenderness may vary from subject to subject and is localized, it is important to press in multiple areas in the region specified to determine if tenderness exists. Before beginning the palpations, say: "In the next part of the exam, we'd like you to record whether you feel pain or pressure when I palpate or press on certain parts of your head and face." Ask the subject to determine if the palpation hurts (painful) or if he/she just feels pressure. If it hurts, ask the subject to indicate if the pain is mild, moderate, or severe. Record any equivocal response or the report of pressure only as "No Pain."

*2. Description of Specific Extraoral Muscle Sites (2 lbs digital pressure) *(1 lb of digital pressure)*

a. *Temporalis (Posterior)*. Palpate posterior fibers behind the ears to directly above the ears. Ask the subject to clench and then relax to help identify muscle. Walk fingers towards the subject's face (medially) to the anterior border of the ear.

b. *Temporalis (Middle)*. Palpate fibers in the depression about 4-5 cm lateral to the lateral border of the eyebrow.

c. *Temporalis (Anterior)*. Palpate fibers over the infratemporal fossa, immediately above the zygomatic process. Ask the subject to clench and relax to help identify muscle.

d. *Origin of Masseter.* Ask the subject to first clench then relax and observe masseter for location. Palpate the origin of the muscle beginning in the area 1 cm immediately in front of the TMJ and immediately below the zygomatic arch, and palpate anteriorly to the border of the muscle.

e. *Body of the Masseter.* Start just below the zygomatic process at the anterior border of the muscle. Palpate from here down and back to the angle of the mandible across a surface area about two fingers wide.

f. *Insertion of the Masseter.* Palpate the area 1 cm superior and anterior to the angle of the mandible.

*g. *Posterior Mandibular Region (Stylohyoid / Posterior Digastric).* Ask the subject to tip the head back a little. Locate the area between the insertion of the SCM and the posterior border of the mandible. Place finger so it is going medially and upwards (and not on the mandible). Palpate the area immediately medial and posterior to the angle of the mandible.

*h. *Submandibular Region (Medial Pterygoid, Suprahyoid, Anterior Digastric).* Locate the site under the mandible at a point 2 cm anterior to the angle of the mandible. Palpate superiorly, pulling toward the mandible. If a subject has a lot of pain in this area, try to determine if the subject is reporting muscle or nodular pain. If it is nodes, indicate on the exam form.

3. *Description of Specific Joint Palpation Sites (1 lb digital pressure)*

a. *Lateral Pole.* Place index finger just anterior to the tragus of the ear and over the subject's TMJ. Ask the subject to open slightly until the examiner feels the lateral pole of the condyle translated forward. Use 1 lb pressure on the side that is being palpated, supporting the head with the opposite hand.

b. *Posterior Attachment.* This site can be palpated intrameatally. Place tips of the right little finger into the subject's left external meatus and the tip of the left little finger into the subject's right external meatus. Point the fingertips towards the examiner and ask subject to slightly open the mouth (or wide open if necessary) to make sure the joint movement is felt with the fingertips. Place firm pressure on the right side and then the left side while the subject's teeth are completely together. (Change examination gloves.)

4. *Description of Specific Intraoral Palpation Sites (1 lb digital pressure)*

Explain to the subject that you will now be palpating the inside of the mouth: ("Now I am going to palpate around the inside of your mouth. While I do these palpations I would like you to keep your jaw in a relaxed position.")

a. *Lateral Pterygoid Area.* Before palpating, make sure the fingernail of the index finger is trimmed to avoid false positives. Ask the subject to open the mouth and move the jaw to the side that is being examined. ("Move your jaw towards this hand.") Place the index finger on lateral side of alveolar ridge above the right maxillary molars. Move finger distally, upward, and medial to palpate. If the index finger is too large, use the little finger (5th digit).

b. *Tendon of Temporalis.* After completing the lateral pterygoid, rotate your index finger laterally near the coronoid process, ask the subject to open slightly, and move your index finger up the anterior ridge of the coronoid process. Palpate on the most superior aspect of the process. *Note:*

If it is difficult to determine in some subjects if they are feeling pain in the lateral pterygoid or the tendon of the temporalis, rotate and palpate with the index finger medially then laterally. If there is still difficulty, the lateral pterygoid is usually the more tender of the two.

AXIS II: SCORING PROTOCOL FOR GRADED CHRONIC PAIN

ANY TMD PAIN REPORTED IN THE PRIOR MONTH? (*History Questionnaire, Question 3*)

If NO, Graded Chronic Pain (GCP)= 0

If YES, Continue

CHARACTERISTIC PAIN INTENSITY (CPI): (*GCP Scale, Questions 7, 8, and 9*) Calculate as follows:

CPI = ____ + ____ + ____ = ____ divided by 3 = ____ x 10 = ____

(*Question #7.*) (*Question #8.*) (*Question #9.*)

DISABILITY POINTS:

Disability Days: (*GCP Scale, Question 10*) **Disability Score:** (*GCP Scale, Questions 11,12,and 13*)

Number of Disability Days = ____ + ____ + ____ + ____ = ____ divided by 3 = ____ x 10 = ____

(*Question #10.*) (*Question #11.*) (*Question #12.*) (*Question #13.*)

0-6 days = 0 Disability Points.

7-14 days = 1 Disability Point

15-30 days = 2 Disability Points Score of 0-29 = 0 Disability Points

31+ days = 3 Disability Points Score of 30-49 = 1 Disability Point

Score of 50-69 = 2 Disability Points

Score of 70+ = 3 Disability Points

+ = (DISABILITY POINTS)

(Points for Disability Days) (Points for Disability Score)

CHRONIC PAIN GRADE CLASSIFICATION:

Grade 0 No TMD pain in prior 6 months

Low Disability

Grade I *Low Intensity* Characteristic Pain Intensity < 50, and less than 3 Disability Points

Grade II *High Intensity* Characteristic Pain Intensity > 50, and less than 3 Disability Points

High Disability

Grade III *Moderately Limiting* 3 to 4 Disability Points, regardless of Characteristic Pain Intensity

Grade IV *Severely Limiting* 5 to 6 Disability Points regardless of Characteristic Pain Intensity

AXIS II: SCORING THE SCALE ITEMS

1. Count items answered. Enter "Total Items" below in the third column. If this number of "Total Items" is less than the minimum number indicated in the first column, the scale cannot be scored and should be recorded as "missing."

2. Add up the item score for all items answered:

Not at all=0; A little bit=1; Moderately=2; Quite a bit=3; Extremely=4. Enter "Total Score" below.

3. Divide score obtained by the total number of items answered.

Enter "Scale Score" below.

4. Use guide below to classify patient on each scale.

	Minimum Number	Total Score	Total Items	Scale Score
Depression:	(12)	÷	=	
Nonspecific physical symptoms (pain items included):	(8)	÷	=	
Nonspecific physical symptoms (pain items excluded):	(5)	÷	=	

Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

CPO		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		

Códigos		
0	São	A
1	Cárie	B
2	Obturado + Cárie	C
3	Obturação Definitiva	D
4	Perdido p Cárie	E
5	Ausente	
6	Selante	F
7	Pilar ou coroa	G
8	Não erupcionado	
T	Fratura	T
9	Excluído	
EI	Extração indicada	

Perda dentária anterior (nº peças perdidas de canino a canino):_____

Classe A – Quatro zonas de contactos posteriores

- __ A1 – Sem perdas dentárias, todos os dentes presentes
__ A2 – Com perdas apenas num dos maxilares
__ A3 – Com perdas nos dois maxilares

Classe B – Existência de contactos, embora parciais

- ___ B1 – Três zonas de suporte
- ___ B2 – Duas zonas de suporte
- ___ B3 – Uma zona de suporte
- ___ B4 – Sem suporte posterior mas com contactos a nível anterior

Classe C – Sem contactos maxilares / mandibulares

- __ C1 – Com dentes presentes quer no maxilar quer na mandíbula
 __ C2 – Com dentes presentes apenas num dos maxilares
 C3 – Sem dentes nos dois maxilares

 Não Sim

Se sim, assinalar com X:

- ___ Adequada às necessidades do participante.
- ___ Necessidade de substituição. Porquê?
- ___ Necessidade de prótese na arcada antagonista.
- ___ Necessidade de ajuste ou reparação. Qual?
- ___ Necessidade de higienização.

Anexo 7. Explicação do Estudo

Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão - Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português

Objetivos

Avaliação das condições de saúde oral e respetivas necessidades de reabilitação oral de uma população reclusa masculina, de um Estabelecimento Prisional (EP) central em Portugal.

Metodologia

A seleção dos participantes decorrerá de forma aleatória entre a população de reclusos do EP central de Izeda, no decorrer do corrente ano de 2011/12.

Cada participante responderá a uma entrevista, que incidirá sobre: habilitações literárias, nível socioeconómico, hábitos e preocupação quanto à saúde oral, saúde geral e terapêuticas instituídas, situação de reclusão e história de consumo de drogas. De seguida o paciente será sujeito a exame intra e extra-oral, para registo de dentes cariados e perdidos, com indicação de tratamento ou extração, pesquisa de sinais e sintomas de distúrbios temporomandibulares e, observação e avaliação de próteses quando presentes.

Resultados/ Benefícios esperados

Pretende-se, com este estudo, contribuir para um melhor conhecimento e caracterização das reais necessidades de reabilitação oral dos indivíduos, em situação de reclusão, nos Estabelecimentos Prisionais em Portugal. Os resultados obtidos poderiam funcionar como plataforma de desenvolvimento de futuras ações de prevenção, dirigidas a grupos específicos bem como, contribuir para futuros planos governamentais que contemplem a adequação e implementação de medidas estruturantes na área da reabilitação oral.

Risco / desconforto eventual

O desconforto deverá ser mínimo, equivalente a uma consulta de rotina de medicina dentária, não se prevendo qualquer risco associado à participação no estudo.

Confidencialidade do estudo

A investigadora garante a confidencialidade do estudo, pela não identificação, na entrevista e exames intra e extra-oral, do nome ou número mecanográfico do participante no respetivo EP.

Os Investigadores

Dra. Alexandra Lázaro

E-mail: amplazaro@gmail.com

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Rua Dr. Manuel Pereira da Silva 4200-393 Porto Telefone: 22 0901100/22 0901101

Prof. Doutor João Carlos Antunes Sampaio Fernandes

E-mail: jfernandes@fmd.up.pt

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Rua Dr. Manuel Pereira da Silva 4200-393 Porto Telefone: 22 0901100/22 0901101

Prof. Doutor João Carlos Gonçalves Ferreira de Pinho

E-mail: jpinho@fmd.up.pt

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Rua Dr. Manuel Pereira da Silva 4200-393 Porto Telefone: 22 0901100/22 0901101

Declaração de Informação

Declaro que recebi, li e compreendi a informação relativa à investigação “Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão - Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português”.

_____/_____/_____, _____
(Assinatura do participante)

Anexo 8. Declaração de Consentimento Informado

_____ (nome completo), declaro ter compreendido a informação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação “Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão - Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português”, conduzida pela investigadora Dra. Alexandra Lázaro da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a qual é pedida a minha participação. Declaro que tomei conhecimento, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, de me ter sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, tendo o direito de a qualquer momento recusar a minha participação no estudo, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Nestas circunstâncias, consinto participar nesta investigação, tal como me foi apresentada pela investigadora responsável, sabendo que a confidencialidade dos participantes e dados a eles referentes se encontra salvaguardada. Autorizo que os dados recolhidos sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos, desde que seja assegurado o anonimato.

_____/_____/_____, _____
(Assinatura do participante)

Dra. Alexandra Lázaro
E-mail: amplazaro@gmail.com
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva 4200-393 Porto
Telefone: 22 0901100/22 0901101

